

Rapport

Inkoopproces thuiszorg

Oktober 2003

Publicatienummer **18**

Uitgave

College van toezicht op de zorgverzekeringen
Postbus 324
1110 AH Diemen
Telefoon (020) 79 78 000
Fax (020) 79 78 111
E-mail info@ctz.nl
Internet www.ctz.nl

Auteurs

Eldert Boersma (onderzoeksleider), Hennie Goorhuis, Erik Koek, Jaap Lips en Madelon Rooseboom

Inhoud:

pag.

	Samenvatting
1	1. Inleiding
1	1.a. Aanleiding
2	1.b. Doel- en vraagstelling
3	1.c. Beoordelingskader
5	1.d. Methode van onderzoek
6	1.e. Leeswijzer
9	2. Relatie zorgkantoor - thuiszorginstelling
9	2.a. Inleiding
9	2.b. Marktwerking
12	2.c. Gemeenschappelijke en tegengestelde belangen
13	2.d. Machtspositie
15	2.e. Conclusie
17	3. Voorbereiding
17	3.a. Inleiding
17	3.b. Organisatie zorgkantoor
17	3.c. Inkoopbeleid thuiszorg
18	3.d. Informatie verzamelen en verwerken
20	3.e. Conclusie
23	4. Onderhandelen
23	4.a. Inleiding
23	4.b. Inzet onderhandeling
24	4.c. Onderhandeling
27	4.d. Resultaat onderhandeling
28	4.e. Conclusie
31	5. Monitoren
31	5.a. Inleiding
31	5.b. Visie monitorfunctie

32	5.c. Werkwijze monitoring
34	5.d. Problemen monitoring
35	5.e. Bijsturing
36	5.f. Conclusie
39	6. Conclusie en aanbevelingen
39	6.a. Conclusies
39	6.a.1. Relatie zorgkantoor - thuiszorginstelling
40	6.a.2. Voorbereiding onderhandelingen
40	6.a.3. Onderhandelingen
41	6.a.4. Naleving afspraken
42	6.a.5. Situatie 2003 versus 2000 en modernisering AWBZ
45	6.b. Aanbevelingen

Bijlage(n)

1. Activiteiten en functies onderhandelingsproces

Samenvatting

Het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ) heeft een onderzoek naar de rol van zorgkantoren in de thuiszorg uitgevoerd. Dit onderzoek moet inzicht geven in de 'state of the art' van de rol van zorgkantoren bij het inkopen van thuiszorg.

In januari 2001 heeft het CTZ het onderzoeksrapport 'Rol zorgkantoren in de thuiszorg' uitgebracht (publicatienummer 8).

Het CTZ besloot het onderzoek te herhalen, omdat de zorgkantoren zich nog moesten omvormen van een administratiekantoor naar een organisatie die toegerust is om aan de vraaggerichte sturing van zorg inhoud te geven.

Het onderzoek bij de zorgkantoren en de thuiszorginstellingen is in de maanden januari tot en met mei 2003 uitgevoerd.

De conclusies van dit onderzoek zijn gebaseerd op een deelwaarneming. In totaal zijn 32 zorgkantoren bij de uitvoering van de zorgaanspraak thuiszorg betrokken. Zowel bij dit vervolgonderzoek als bij het eerste onderzoek zijn tien zorgkantoren onderzocht.

Om de resultaten van beide onderzoeken met elkaar te kunnen vergelijken en de verandering in de opstelling van zorgkantoren in het onderhandelingsproces te kunnen vaststellen, zijn zowel vijf 'oude' als vijf 'nieuwe' zorgkantoren bij het onderzoek betrokken¹.

Uit het onderzoek is niet gebleken dat er verschil bestaat tussen zorgkantoren die ook bij het vorige onderzoek waren betrokken en zorgkantoren die alleen bij dit onderzoek zijn betrokken.

¹ De 'oude' zorgkantoren zijn ook bij het onderzoek 'Rol zorgkantoren in de thuiszorg' betrokken en de 'nieuwe' zorgkantoren zijn niet bij dat onderzoek betrokken.

Het uitgangspunt voor de beoordeling van de activiteiten van zorgkantoren bij het inkopen van thuiszorg ligt in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). De bedoeling van de wetgever is dat zorgkantoren in staat zijn om voldoende en kwalitatief goede zorg tegen zo laag mogelijke kosten in te kopen.

Voor het moderniseringstraject AWBZ is tussen het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een convenant gesloten waarin staat dat zorgkantoren voldoende zorg moeten inkopen, doelmatig zorgaanbod moeten contracteren en zorg moeten contracteren die naar aard aansluit bij de vraag. In 2004 moet dit gerealiseerd zijn.

Onderzoeksvraag 1 *Welke relatie bestaat er tussen zorgkantoren en thuiszorginstellingen?*

De relatie tussen zorgkantoor en thuiszorginstellingen is te beschrijven als een vertrouwensrelatie.

Deze relatie wordt niet gekenmerkt door competitie tussen de thuiszorginstellingen om de diversiteit in het zorgaanbod op het vlak van prijs en kwaliteit én kostenbeheersing te bewerkstelligen.

Onderzoeksvraag 2 *Op welke wijze hebben zorgkantoren de onderhandelingen voorbereid?*

Vanwege beperkte voorbereidingen is een meerderheid van de zorgkantoren niet goed in staat de onderhandelingen gericht te sturen. Bij het voorbereiden van de onderhandelingen richten zorgkantoren zich primair op het voorzien in voldoende zorg en nog niet op het beheersen van de kosten. Op dit moment beschikken zorgkantoren over veel informatie over het benodigde zorgvolume en kunnen zorgkantoren zich meer gaan richten op kostenbeheersing.

Onderzoeksvraag 3 *Op welke wijze hebben zorgkantoren de onderhandelingen georganiseerd?*

Zorgkantoren hebben niet over alle onderwerpen (volume, prijs en kwaliteit van thuiszorgproducten en de bestedingsmiddelen) onderhandeld.

Alle zorgkantoren onderhandelen wel over het in te kopen productievolume en een meerderheid van de zorgkantoren onderhandelt ook over de invulling van bestedingsprojecten. Daarentegen geven de zorgkantoren, een enkel zorgkantoor daargelaten, geen invulling aan de onderhandelingen over prijs en specifieke kwaliteitsaspecten van thuiszorgproducten.

Onderzoeksvraag 4 *Op welke wijze gaan zorgkantoren de naleving van de gemaakte afspraken na en waartoe heeft dit geleid?*

Zorgkantoren vinden de toezichthoudende functie voor de naleving van de afspraken over volume, bestedingsmiddelen, prijs, kwaliteit, bedrijfscontinuïteit van de thuiszorginstellingen en de rechtmatigheid van de besteding van AWBZ-middelen van belang, maar geven slechts gedeeltelijk invulling aan deze toezichthoudende taken.

Vergelijk 2000 – 2003 - convenant

Uit het onderzoek blijkt dat zorgkantoren ten opzichte van 2000 beter in staat zijn te waarborgen dat er voldoende thuiszorg wordt ingekocht, maar dat zij nog een grote inspanning moeten leveren om de in het convenant gestelde doelen te realiseren.

**Signalering:
marktwerking**

Binnen de modernisering van de AWBZ is marktwerking een belangrijk instrument om ervoor te zorgen dat instellingen zich richten op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, de diversiteit van het zorgaanbod en kostenbeheersing.

In de huidige omstandigheden werkt het instrument marktwerking niet zo als bedoeld. Noodzakelijke voorwaarden hiervoor ontbreken nog.

Invoering van de functiegerichte bekostiging in de AWBZ biedt mogelijkheden om te komen tot onderhandelingen. Een voorwaarde hierbij is dat het nieuwe systeem moet leiden tot reëel onderhandelbare tarieven.

Het CTZ vraagt het Ministerie van VWS aandacht te schenken aan de volgende zaken:

1. zorgkantoren vervullen diverse rollen waaronder die van zorginkoper en controleur. Deze rollen kunnen elkaar in de weg staan, bijvoorbeeld bij monitoring, omdat zorgaanbieders terughoudend zijn bij het verstrekken van bedrijfsgevoelige informatie aan de zorginkoper. Zorgkantoren zijn gebaat bij meer duidelijkheid over welke rol VWS het belangrijkste vindt: zorginkoper of controleur;
2. eventuele bezwaren van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) tegen verdeling van de markt en vorming van machtsblokken door het samenbrengen van meerdere zorgaanbieders in één conglomeraat;
3. de problematiek van het contracteren van landelijk werkende thuiszorginstellingen.

***Aanbeveling 1:
prikkel***

In het huidige financieringssysteem hebben zorgkantoren geen financiële prikkels om zuinig te zijn. Het CTZ beveelt het Ministerie van VWS aan – rekening houdend met het publieke karakter van de AWBZ - de mogelijkheden te onderzoeken prikkels voor zorgkantoren in te bouwen om kostenbeheersing te stimuleren. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door besparingen, die zijn verkregen door het contracteren van een lager tarief dan het maximumtarief, niet bij voorbaat te laten terugvloeien in het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten.

***Aanbeveling 2:
cultuuromslag***

Het CTZ vraagt van de zorgkantoren dat zij zich inspanden om een cultuuromslag te maken. Dit betekent dat zorgkantoren optimaal gebruik moeten gaan maken van de bestaande mogelijkheden, zoals concurrentie tussen zorgaanbieders en het inschakelen van nieuwe thuiszorgaanbieders. Ook moeten zorgkantoren hun macht als grootafnemer meer benutten. Het feit dat zorgkantoren financieel geen aantoonbaar belang hebben bij de onderhandelingen mag daarbij geen beletsel zijn.

***Aanbeveling 3:
convenant***

Het CTZ vindt dat zorgkantoren het convenant moeten naleven. Om de in het convenant genoemde doelen 2004 te halen, moeten zorgkantoren thuiszorg meer sturen en beheersen en daarbij een zogenoemde planning en control-cyclus hanteren.

Het CTZ dringt er bij de zorgkantoren op aan hiermee haast te maken.

Het CTZ zal de betreffende werkwijzen en uitvoering van activiteiten van zorgkantoren blijven volgen.

Ten slotte

Geconstateerd is dat er nog onduidelijkheid bestaat over de reikwijdte van de rol van zorgkantoren bij het monitoren van de bedrijfsvoering van instellingen en de rechtmatige besteding van AWBZ-middelen. Hierover moet op korte termijn duidelijkheid komen.

Het CTZ besteedt in het rapport 'Rechtmatigheid en bedrijfsrisico's thuiszorginstellingen' specifieke aandacht aan de problematiek rondom de controle op de besteding van de AWBZ-middelen en de bedrijfsvoering van zorgaanbieders.

1. Inleiding

1.a. Aanleiding

Het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ) heeft in zijn werkprogramma voor 2002 een onderzoek naar de rol van zorgkantoren in de thuiszorg opgenomen.

In januari 2001 heeft het CTZ² het onderzoeksrapport 'Rol zorgkantoren in de thuiszorg' uitgebracht (publicatienummer 8). In dat rapport heeft het CTZ verslag gedaan van de wijze waarop zorgkantoren waarborgen dat er voldoende en kwalitatief goede thuiszorg wordt ingekocht en van de wijze waarop zij de naleving van de gemaakte afspraken nagaan.

Het CTZ kwam tot de conclusie dat zorgkantoren dit in 1999 niet konden waarborgen.

Eenzijds was dat zorgkantoren niet aan te rekenen, omdat wet- en regelgeving, schaarste in het zorgaanbod, personeelsproblematiek bij thuiszorginstellingen en de marktsituatie zorgkantoren daarbij belemmerden.

Anderzijds was dit zorgkantoren wel aan te rekenen, omdat zij weinig initiatief toonden en grote moeite hadden inhoud te geven aan de onderhandelingen met thuiszorginstellingen.

De zorgkantoren bevonden zich op dat moment aan het begin van de overgangsfase van het moderniseringstraject Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) waarin zij zich moesten omvormen van een administratiekantoor naar een organisatie die toegerust is om aan de vraaggerichte sturing van zorg inhoud te geven³.

Het CTZ besloot het onderzoek te herhalen. Dit vervolgonderzoek moet inzicht geven in de 'state of the art' van de rol van zorgkantoren bij het inkopen van thuiszorg.

² Destijds was de officiële naam Commissie toezicht uitvoeringsorganisatie (CTU).

³ De modernisering van de AWBZ moet, met behulp van competitie tussen zorginstellingen, leiden tot diversiteit in het zorgaanbod op het vlak van prijs en kwaliteit én tot kostenbeheersing.

1.b. Doel- en vraagstelling

Doelstelling

De doelstelling van het onderzoek is het beoordelen van de wijze waarop zorgkantoren thuiszorg inkopen.

Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen enerzijds de wijze waarop afspraken tot stand komen en anderzijds de wijze waarop zorgkantoren toezien op de naleving van gemaakte afspraken.

Vraagstelling

De onderzoeksvragen die op de doelstelling aansluiten luiden:

1. Welke relatie bestaat er tussen zorgkantoren en thuiszorginstellingen?
2. Op welke wijze hebben zorgkantoren de onderhandelingen voorbereid?
3. Op welke wijze hebben zorgkantoren de onderhandelingen georganiseerd?
4. Op welke wijze gaan zorgkantoren de naleving van de gemaakte afspraken na en waartoe heeft dit geleid?

Om deze vragen te beantwoorden is onderzocht welke activiteiten zorgkantoren uitvoeren om invulling te geven aan de onderhandelingen, welke onderwerpen bij de onderhandelingen aan de orde komen en in welke sfeer de onderhandelingen plaatsvinden.

De wijze waarop de activiteiten zijn onderzocht en beoordeeld is aangegeven in paragraaf 1.c. Beoordelingskader.

Om inzicht te krijgen in de onderwerpen van onderhandeling, is nagegaan of zorgkantoren aandacht besteden aan het inkopen van voldoende en kwalitatief goede zorg tegen zo laag mogelijke kosten⁴, aan het maken van afspraken over de lokale component (voorheen zorgvernieuwing genoemd)⁵ en, vanwege recente problemen met de bedrijfscontinuïteit van een aantal thuiszorginstellingen⁶, aan de bedrijfsvoering van thuiszorginstellingen.

⁴ Gebaseerd op: VWS, *Vraag aan Bod, 2001*; VWS, *4^e rapportage Groot project Modernisering AWBZ, 2003*.

⁵ *Zorgvernieuwing wordt door de overheid als mogelijkheid voor uitvoeringsorganen gezien om te sturen richting doelmatigheid van de zorg(verlening)*.

⁶ *Zie bijvoorbeeld: CTZ, Onderzoek Stichting Thuiszorg Rotterdam 2003; CTZ, relatie zorgkantoor/thuiszorginstelling, 2002*.

Om de relatie tussen zorgkantoor en thuiszorginstelling te bepalen zijn de volgende kenmerken onderzocht: opvattingen over marktwerking, gemeenschappelijke en tegengestelde belangen en ervaren machtspositie.

De resultaten van het onderzoek geven inzicht in welke aspecten van het functioneren specifieke aandacht behoeven voor het verder ontwikkelen van zorgkantoren. Bovendien is vastgesteld of en welke verandering er is in vergelijking met de resultaten van het vorige onderzoek⁷.

1.c. Beoordelingskader

Formele uitgangspunten

Het uitgangspunt voor de beoordeling van de activiteiten van zorgkantoren bij het inkopen van thuiszorg ligt in de AWBZ⁸. Daarnaast is de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) van belang, omdat deze wet de financieringswijze van verzekerde zorg bepaalt.

De bedoeling van de wetgever is onder andere om ervoor te zorgen dat zorgkantoren een onderhandelingspositie hebben om te komen tot het inkopen van voldoende en kwalitatief goede zorg tegen zo laag mogelijke kosten. Zorgkantoor en thuiszorginstelling bekrachtigen vervolgens de gemaakte afspraken in een overeenkomst (op basis van de uitkomst van overleg - UVO).

Convenant

Daarnaast geeft het moderniseringstraject AWBZ aan welke activiteiten zorgkantoren moeten uitvoeren en welke resultaten zij bij het inkopen van zorg moeten behalen. Dit is vastgelegd in een convenant tussen het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Hierin staat dat zorgkantoren voldoende zorg moeten inkopen, doelmatig zorgaanbod moeten contracteren en zorg moeten contracteren die naar aard aansluit bij de vraag.

⁷ CTU, *Rol zorgkantoor in de thuiszorg*, 2001.

⁸ Specifiek artikel 6, 1^e lid; artikel 42, 1^e en 4^e lid; artikel 43 en artikel 44 2^e lid.

Hiervoor moeten zorgkantoren onder andere productieafspraken maken, een adequaat wachtlijstbeheer opzetten en uitvoeren, een visie op een gewenst zorgaanbod hebben, instrumenten ontwikkelen om te waarborgen of te controleren of de gewenste kwaliteit daadwerkelijk wordt geleverd.

Inhoud fasen

Vanuit het hiervoor beschreven wettelijke en beleidsmatige kader moeten zorgkantoren invulling geven aan de onderhandeling. Daarbij zijn drie fasen te onderscheiden:

- Pre-onderhandelingsfase: voorbereiden van de onderhandelingen.
- Onderhandelingsfase: in overleg gaan met de thuiszorginstellingen en komen tot afspraken over zorg(verlening).
- Post-onderhandelingsfase: nagaan of gemaakte afspraken worden nagekomen (en leiden tot het gewenste resultaat), toezicht houden op de bedrijfscontinuïteit van thuiszorginstellingen en op de rechtmatige besteding van AWBZ-middelen.

Tussen deze fasen bestaat een logische samenhang. Om te bereiken dat de onderhandeling tot gewenste afspraken leidt, moet het zorgkantoor de onderhandeling goed voorbereiden en sturen. Om de gewenste afspraken te effectueren, moet het zorgkantoor gemaakte afspraken monitoren op naleving.

Het voorbereiden van de onderhandeling betreft daarom het op orde zijn van de organisatie, het hebben van een beleidsvisie, doelstellingen, een onderhandelingsprocedure en een contracteerbeleid.

De onderhandeling bevat activiteiten om op inhoud te sturen: het bepalen van de onderwerpen, het doen van voorstellen, het reageren op voorstellen, het aanpassen van voorstellen en het formaliseren van afspraken.

Het nagaan van de gemaakte afspraken betreft het hanteren van een (gestructureerde) werkwijze en het bijsturen op basis van gerealiseerde resultaten. De betreffende activiteiten en de functie daarvan zijn verder geëxpliciteerd in bijlage 1.

**Wijze van
beoordelen**

Het CTZ beoordeelt de activiteiten die zorgkantoren in de praktijk hebben uitgevoerd op basis van de criteria zoals in de vorige paragraaf beschreven. Deze beoordeling wordt beïnvloed door het feit dat factoren zijn die de activiteiten van zorgkantoren belemmeren of juist bevorderen. Bij belemmerende factoren valt bijvoorbeeld te denken aan de contracteerplicht.

Een voorbeeld die de inkoopmogelijkheden van thuiszorg bevordert is de toename van het aantal thuiszorginstellingen⁹.

1.d. Methode van onderzoek

Het onderzoek bij de zorgkantoren en de thuiszorginstellingen is in de maanden januari tot en met mei 2003 uitgevoerd.

Het onderzoek heeft 2002 en (het eerste kwartaal van) 2003 als referentiejaar. Hierbij zijn zowel de (beleid)voornemens voor 2003 als de situatie in 2002 betrokken.

Voor wat betreft de controle op en het nagaan van de gemaakte afspraken is het jaar 2002 het meest recente jaar.

De conclusies van dit onderzoek zijn gebaseerd op een deelwaarneming. In totaal zijn 32 zorgkantoren (25 kantooradressen) bij de uitvoering van de zorgaanspraak thuiszorg betrokken. Zowel bij dit vervolgonderzoek als bij het eerste onderzoek zijn tien zorgkantoren onderzocht. Om de resultaten van beide onderzoeken met elkaar te kunnen vergelijken en de verandering in de opstelling van zorgkantoren in het onderhandelingsproces te kunnen vaststellen, zijn zowel vijf 'oude' als vijf 'nieuwe' zorgkantoren bij het onderzoek betrokken¹⁰.

Bij de selectie van de (tien) zorgkantoren zijn onder andere indicatoren gebruikt als grootte van het zorgkantoor, geografische spreiding en urbanisatiegraad.

Ook zijn tien thuiszorginstellingen benaderd met het verzoek aan dit onderzoek mee te werken.

⁹ Dit komt enerzijds tot stand doordat het onderscheid tussen de AWBZ-sectoren is komen te vervallen. Hierdoor hebben zorgkantoren meer mogelijkheden voor het inkopen van thuiszorg. Anderzijds komt dit tot stand doordat er meer thuiszorginstellingen worden toegelaten.

¹⁰ De 'oude' zorgkantoren zijn ook bij het onderzoek 'Rol zorgkantoren in de thuiszorg' betrokken en de 'nieuwe' zorgkantoren zijn niet bij dat onderzoek betrokken.

Het onderzoek is gestart met een literatuurverkenning.

Het empirisch onderzoek bestond uit de volgende stappen:

1. Een schriftelijke enquête bij tien zorgkantoren. Doel daarvan was een globaal beeld te krijgen over de wijze waarop zorgkantoren en thuiszorginstellingen onderhandelen.
2. Interviewronden bij tien zorgkantoren. De interviews hadden tot doel het verdiepen van de verkregen informatie. Om de verzamelde gegevens te staven is ook een documentenonderzoek uitgevoerd. De resultaten zijn aan de betrokkenen teruggekoppeld.
3. Interviewronden bij tien thuiszorginstellingen. De bezoeken aan de thuiszorginstellingen hadden als doel beter inzicht te krijgen in het onderhandelingsproces tussen zorgkantoor en thuiszorginstelling. Ook de resultaten van de interviews zijn aan de betrokkenen teruggekoppeld.
4. Analyse onderzoeksgegevens. De resultaten zijn getoetst aan het beoordelingskader. Daarnaast zijn zowel de verschillen en overeenkomsten tussen zorgkantoren onderzocht als de verschillen met de resultaten van het vorige onderzoek.
5. Een toetsingsbijeenkomst. Deze bijeenkomst met vertegenwoordigers van de bij het onderzoek betrokken zorgkantoren en thuiszorginstellingen vormde de afronding van het onderzoek. Doel van deze bijeenkomst was enerzijds de volledigheid en juistheid van de verzamelde gegevens te waarborgen en anderzijds het creëren van draagvlak voor de resultaten van het onderzoek bij betrokkenen en het ontwikkelen van aanbevelingen.

1.e. Leeswijzer

In de volgende hoofdstukken wordt ingegaan op de relatie tussen zorgkantoor en thuiszorginstelling (hoofdstuk 2), de voorbereiding op het onderhandelingsproces (hoofdstuk 3), de onderhandelingen zelf (hoofdstuk 4), het monitoren van de gemaakte afspraken (hoofdstuk 5). Hoofdstuk 6 sluit het rapport af met conclusies en aanbevelingen.

Als bij het onderzoek naar voren is gekomen dat er een verschil bestaat tussen zorgkantoren die ook bij het vorige onderzoek waren betrokken en zorgkantoren die alleen bij dit onderzoek zijn betrokken, is dit verschil specifiek aangeduid.

2. Relatie zorgkantoor - thuiszorginstelling

2.a. Inleiding

Zorgkantoren en thuiszorginstellingen kunnen op verschillende manier inhoud geven aan hun samenwerkingsrelatie.

Zij kunnen dit doen op basis van het opgebouwde vertrouwen, maar zij kunnen de samenwerking ook baseren op een meer bedrijfsmatige (zakelijke) houding waarbij competitie tussen (thuis)zorgaanbieders een belangrijke plaats inneemt.

In de gemoderniseerde AWBZ is competitie tussen zorgaanbieders een belangrijke bouwsteen. Competitie tussen zorgaanbieders moet leiden tot zorg van hoge(re) kwaliteit met een belangrijke plek voor de kiezende klant en tot kostenbeheersing.

Dit hoofdstuk moet inzicht geven in de relatie tussen zorgkantoor en thuiszorginstelling en de mate waarin zorgkantoren gebruik maken van competitie tussen zorgaanbieders.

Om inzicht te krijgen in de relatie tussen zorgkantoor en de thuiszorginstelling, zijn de opvattingen en verwachtingen van zorgkantoren en thuiszorginstellingen over de rol van zorgkantoren bij het inkopen van zorg onderzocht.

Hierbij zijn marktwerking, gemeenschappelijke/tegengestelde belangen en machtspositie aan de orde gekomen.

2.b. Marktwerking

Zorgkantoren moeten bewerkstelligen dat zij voldoende zorg inkopen, zodat vraag en aanbod aansluiten met oog voor het kostenniveau.

Deze taak valt uiteen in twee aspecten: de financiële kant van de zorg en de inhoudelijke kant van de zorg.

Financieel

Zorgkantoren vinden dat zij bij het inkopen van zorg een financiële taak hebben.

Zorgkantoren verstaan onder de financiële taak het beoordelen van het productievolume (begroot en gerealiseerd) en het beoordelen van projecten in het kader van de bestedingsmiddelen¹¹.

Over de rol van zorgkantoren bij de bedrijfsvoering van zorgaanbieders bestaat onduidelijkheid.

Deze onduidelijkheid heeft betrekking op de vraag in hoeverre de bedrijfsvoering van de zorgaanbieder het exclusieve werkgebied van het betreffende management is en in hoeverre het zorgkantoor zich daarmee kan en mag bemoeien.

Zorgkantoren willen niet op de stoel van het management van de zorgaanbieder zitten, maar zij willen ook niet achteraf geconfronteerd worden met (continuïteits)problemen bij thuiszorginstellingen.

De meerderheid van de thuiszorginstellingen heeft aangegeven dat de bemoeienis van het zorgkantoor met de bedrijfsvoering van de thuiszorginstelling niet te groot moet zijn. Zij vinden dat de bedrijfsvoering de verantwoordelijkheid is van het eigen management.

Zorginhoudelijk

De meerderheid van de zorgkantoren vindt dat zij in het proces van zorgverlening ook een coördinerende zorginhoudelijke taak heeft. Deze zorgkantoren vinden dat zij een taak hebben bij het – in samenwerking met alle betrokken partijen zoals verzekeraar, zorgaanbieder, consument, gemeente en provincie - oplossen van knelpunten in de regio. Het gaat daarbij onder meer om het afstemmen tussen wonen, welzijn en zorg, het komen tot ketenzorg en dergelijke. Zorgkantoren beschouwen het als hun verantwoordelijkheid om dit overleg tot stand te brengen en aan te sturen. Dit wordt vaak aangeduid als de regiefunctie van het zorgkantoor.

Competitie thuiszorg- instellingen

De zorgkantoren hebben in het verleden een vertrouwensrelatie met de thuiszorginstellingen opgebouwd.

¹¹ Een thuiszorginstelling mag met instemming van het zorgkantoor in 2002 voor maximaal 11,2% van het basisbudget afspraken maken over bijvoorbeeld zorgvernieuwing lokale situatie en individuele problemen.

De helft van de zorgkantoren wil door het bestendigen van de huidige, opgebouwde vertrouwensrelaties met de instellingen thuiszorg blijven inkopen, met name om lokale problemen bij de thuiszorgverlening op te lossen.

Hierbij maken zij geen gebruik van competitie tussen thuiszorginstellingen of geven zij aan geen noodzaak te zien tot het toelaten van nieuwe thuiszorginstellingen in de regio.

Geen mogelijkheden voor marktwerking

Drie zorgkantoren zien in geen geval mogelijkheden voor marktwerking¹². Zij noemen daarvoor de volgende redenen:

- de voorwaarden voor marktwerking ontbreken op dit moment: er is geen uniform product (thuiszorg op het platteland staat niet gelijk aan thuiszorg in verstedelijkte gebieden), er zijn te weinig aanbieders, de aanwezigheid van maximumtarieven, een aantal thuiszorginstellingen heeft een monopoliepositie in de regio verworven;
- de marktwerking is slecht voor de (samenwerkings)relatie met de thuiszorginstellingen en een slechte relatie bemoeilijkt het verkrijgen van informatie;
- de marktwerking leidt tot hogere kosten door minder efficiëntere samenwerking (geen kostenbeheersing).

Wel mogelijkheden voor marktwerking

De andere helft van de zorgkantoren wil bij het inkopen van thuiszorg nu en in de toekomst wel gebruik maken van competitie tussen thuiszorginstellingen om doelmatige thuiszorg in te kunnen kopen en keuzemogelijkheden voor cliënten te genereren. Deze optie willen zorgkantoren gebruiken naast het bestendigen van de reeds bestaande vertrouwensrelaties. Recente ontwikkelingen geven daar – naar hun mening - ook mogelijkheid toe, zoals:

- modernisering van de AWBZ waardoor ook niet thuiszorginstellingen thuiszorg mogen verlenen;
- toename van het aantal thuiszorgaanbieders (opkomst landelijk werkende thuiszorginstellingen);
- toename van informatie (zoals wachtlijst informatie);
- uitoefening van invloed op de besteding van de AWBZ-middelen via de zogenaamde bestedingsmiddelen.

¹² Ook enkele thuiszorginstellingen zien niets in het instrument marktwerking via onderlinge competitie.

2.c. Gemeenschappelijke en tegengestelde belangen

Zorgkantoren en thuiszorginstellingen geven aan dat er zowel gemeenschappelijke als tegengestelde belangen bestaan. Tijdens het onderzoek benadrukten zowel zorgkantoren als thuiszorginstellingen de gemeenschappelijk belangen als leidraad bij de inkoopactiviteiten.

Gemeenschappelijke belangen

Een meerderheid van de zorgkantoren noemt het leveren van kwalitatief goede en voldoende zorg binnen acceptabele tijd als het belangrijkste gemeenschappelijke belang. Een aantal zorgkantoren noemt ook het oplossen van wachtlijsten als belangrijk gemeenschappelijk belang. Daarnaast zijn de volgende gemeenschappelijke belangen genoemd: het bewerkstellingen van financiële en personele continuïteit van de thuiszorginstellingen en het zorgen van efficiency in de gehele zorgketen. Het beeld van thuiszorginstellingen komt hier in grote lijnen mee overeen.

Tegengestelde belangen

Het meest genoemde tegengestelde belang is wie er uiteindelijk beslist over de besteding van de beschikbare AWBZ-middelen, waaronder de bestedingsmiddelen. Zorgkantoren willen alleen de *noodzakelijk gewenste zorg* financieren, terwijl de thuiszorginstellingen zich richten op een zo groot mogelijk volume en een zo hoog mogelijk budget bestedingsmiddelen.

Andere genoemde tegengestelde belangen zijn:

- streven naar keuzemogelijkheden in de regio versus streven naar alleenrecht bij het verstrekken van thuiszorg;
- zorgdragen voor zorgverlening in de hele regio versus optimaliseren van de zorgverlening door het alleen bedienen van rendabele gebieden door de 'krenten uit de pap te halen';
- vooropstellen van de belangen van de AWBZ-zorg versus zich verantwoordelijk voelen voor alle zorg: AWBZ-zorg en niet-AWBZ-zorg.

Daarnaast noemen twee thuiszorginstellingen ook de wijze waarop (en door wie) de extramurale zorg wordt ingevuld een belangrijk tegengesteld belang.

De thuiszorginstellingen willen deze zorg graag verlenen, zorgkantoren willen deze zorg ook kunnen gunnen aan andere aanbieders (bijvoorbeeld verzorgingshuizen die ook extramurale zorg leveren).

2.d. Machtspositie

Vier zorgkantoren geven aan dat de machtspositie nauwelijks een rol speelt bij de onderhandelingen. Deze zorgkantoren richten zich geheel op hun opgebouwde vertrouwensrelatie met de thuiszorginstellingen.

Aantal thuiszorginstellingen

Voor de andere zorgkantoren is de machtspositie in grote mate gekoppeld aan afhankelijkheid: hoe meer thuiszorginstellingen in de regio aanwezig zijn, hoe meer macht het zorgkantoor kan uitoefenen op de thuiszorginstellingen. De helft van de zorgkantoren heeft te maken met vier tot zeven thuiszorginstellingen in de regio. In deze regio's zijn vaak enkele instellingen die tot de grote spelers gerekend kunnen worden.

Vier zorgkantoren hebben te maken met één of twee thuiszorginstellingen in de regio. Slechts één zorgkantoor heeft 14 thuiszorginstellingen in de regio.

De machtspositie van de zorgkantoren is beperkt, dat geldt zowel in regio's waarin maar een beperkt aantal thuiszorginstellingen actief is als in regio's waarin een beperkt aantal grote thuiszorginstellingen de dienst uitmaakt.

Een minderheid van de zorgkantoren geeft aan dat het leveren van extramurale zorg door verzorgingshuizen (en in de toekomst sectoroverschrijdende zorg) en het toelaten van nieuwe instellingen de keuzemogelijkheden om thuiszorg in te kopen vergroot. Dit verbetert de machtspositie van de zorgkantoren ten opzichte van de reguliere thuiszorginstellingen.

Een landelijk werkende thuiszorginstelling heeft aandacht gevraagd voor de problemen waarmee zij te maken heeft bij het betreden van de thuiszorgmarkt buiten haar eigen regio. Landelijk werkende instellingen moeten, overeenkomstig de richtlijnen van het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG), via het zorgkantoor, in de regio waar zij gevestigd zijn, afspraken maken met andere zorgkantoren. Zorgkantoren uit andere regio's kunnen dus niet rechtstreeks (op basis van hun eigen beleid) met landelijk werkende thuiszorginstellingen onderhandelen.

Zorgvraag

Een tweede aspect van afhankelijkheid betreft de grootte van de zorgvraag in de regio. Bij lange wachtlijsten en wachttijden wordt de machtspositie van het zorgkantoor zwak. Hoewel de wachtlijsten voor thuiszorg in een aantal regio's afnemen, is ook in deze regio's de capaciteit van de thuiszorginstellingen nog steeds nodig voor het beperken en voorkomen van wachtlijsten en wachttijden. Daarnaast geven zorgkantoren aan dat de ontwikkelingen op het gebied van wachtlijsten en wachttijden nog steeds niet goed ingeschat kunnen worden.

Afwezigheid kennis

Een derde aspect van afhankelijkheid is de afwezigheid van kennis bij meerdere zorgkantoren over de kostprijsberekening van thuiszorgproducten en/of de bedrijfsvoering van thuiszorginstellingen.

CTG-procedures

De machtspositie van zorgkantoren wordt versterkt door de aanwezigheid van de procedures van het CTG. De thuiszorginstelling heeft de handtekening van het zorgkantoor voor akkoord bij de productieafspraken nodig. In de praktijk dreigen zorgkantoren af en toe wel met dit machtsmiddel, maar wordt dit machtsmiddel niet daadwerkelijk ingezet.

Overige factoren

Een enkel zorgkantoor legt een verband tussen de wettelijke contracterplicht/maximumtarieven en de beperkte macht van het zorgkantoor. Doordat zorgkantoren niet akkoord mogen gaan met tarieven die de maximumtarieven overschrijden, kunnen zorgkantoren geen gebruik maken van financiële prikkels om knelpunten op te lossen.

Tot slot noemt één zorgkantoor ook de beperkte financiële middelen voor de organisatie van het zorgkantoor nog als negatieve factor voor de eigen machtspositie.

2.e. Conclusie

Uit het onderzoek komt naar voren dat zorgkantoren momenteel geen of nauwelijks gebruik maken van competitie tussen zorgaanbieders om diversiteit in het zorgaanbod op het vlak van prijs en kwaliteit én kostenbeheersing te bewerkstelligen.

De ene helft van de zorgkantoren is voornemens in de toekomst meer gebruik te maken van de mogelijkheid zorg in te kopen op basis van competitie tussen thuiszorgaanbieders. De andere helft van de zorgkantoren heeft expliciet aangegeven dat zij bij het inkopen van thuiszorg *geen* gebruik willen maken van competitie tussen thuiszorgaanbieders en zich alleen baseren op de bestaande vertrouwensrelatie met thuiszorginstellingen.

Dat zorgkantoren amper gebruikmaken van marktwerking op de thuiszorgmarkt blijkt ook uit de opvattingen van zorgkantoren over het uitvoeren van de functie zorginkoop. Zorgkantoren spreken over het beoordelen van financiële voorstellen van thuiszorginstellingen en over het coördineren van het zoeken naar oplossingen bij knelpunten. Competitie tussen thuiszorgaanbieders, keuzemogelijkheden voor cliënten en kostenbeheersing zijn daarbij niet genoemd.

Daarnaast blijkt uit het onderzoek dat de meeste zorgkantoren in hun regio te maken hebben met een beperkt aantal thuiszorginstellingen (soms functionerend binnen een grote zorgketen). In een dergelijke omgeving kunnen instellingen zich als monopolisten gedragen en kunnen zorgkantoren amper gebruik maken van competitie tussen thuiszorgaanbieders.

3. Voorbereiding

3.a. Inleiding

Het voorbereiden van onderhandelingen is een voorwaarde om op bedoelde wijze de onderhandelingsgesprekken te sturen. In het ideaalplaatje heeft het zorgkantoor de organisatie op orde, het (inkoop)beleid vormgegeven, een procedure opgesteld en informatie verzameld en verwerkt. In de volgende paragrafen komen deze punten achtereenvolgens aan de orde en in de conclusie wordt aangegeven welke sturingsmogelijkheden zorgkantoren benutten.

3.b. Organisatie zorgkantoor

Uit de onderzoeksgegevens komt naar voren dat zorgkantoren bezig zijn met het opzetten van hun organisatie; meerdere zorgkantoren hebben de afgelopen twee jaar nieuw personeel aangenomen.

De medewerkers die in overleg treden zijn financieel en/of zorginhoudelijk onderlegd. Zij worden daarbij ondersteund door administratief personeel (onder andere voor de nacalculatie en het verzamelen van productiegoegevens) en door zorginhoudelijk personeel (bijvoorbeeld voor het screenen van de kwaliteitsverslagen).

3.c. Inkoopbeleid thuiszorg

Doelstelling

Het contracteerbeleid is niet uitgewerkt in te bereiken eindresultaten. De helft van de zorgkantoren heeft een doelstelling verwoord voor het inkopen van zorg.

Deze doelstellingen zijn niet gespecificeerd voor thuiszorg (producten). De beschrijvingen gaan veelal in op één of meer van de volgende punten:

- voldoen aan zorgvraag/wensen cliënten;
- verdeling middelen over het gebied;
- kwalitatief goede zorg;
- vergroten van doelmatigheid;
- vergroten diversiteit zorgaanbod.

Inkoopprocedure

Vier van de tien zorgkantoren hebben een procedure opgesteld om het inkopen van thuiszorg te structureren. Voor enkele zorgkantoren bestaat dit uit algemene uitgangspunten die vanaf 2003 gebruikt worden. De uitgangspunten geven bijvoorbeeld aan bij wie welke zorg ingekocht moet worden en onder welke voorwaarden. Daarnaast bestaat de procedure uit de manier waarop productieafspraken worden gemaakt. Deze procedures gaan bijvoorbeeld in op de aard en planning van informatieverstrekking en de overlegsituaties. De procedures geven vaak geen expliciete aandacht aan de aspecten van prijs en kwaliteit van de zorg.

Zes van de tien onderzochte zorgkantoren hebben geen inkoopprocedure opgesteld. Deze zorgkantoren hebben wel een vaste werkwijze voor het maken van productieafspraken (in grove lijn: opvragen voorstellen van thuiszorginstellingen, bekijken/beoordelen van deze voorstellen, overleg houden en afspraken vastleggen in CTG-formulieren).

Drie van deze zes zorgkantoren zijn van plan de inkoopprocedure op schrift te stellen.

Geen enkel zorgkantoor maakt gebruik van aanbesteden van thuiszorg.

3.d. Informatie verzamelen en verwerken

Volume

Zorgkantoren verzamelen en verwerken informatie over het volume van de in te kopen thuiszorgproducten.

Opvallend is dat in vergelijking met het vorige onderzoek zorgkantoren nu meer inzicht hebben in de zorgvraag door beter inzicht in wachtlijstgegevens.

Zes van de tien zorgkantoren beschikken sinds 2002/2003 over een eigen systeem voor het genereren van wachtlijstgegevens. Vier zorgkantoren maken nog gebruik van de landelijke inventarisatie die VWS de afgelopen jaren heeft uitgevoerd of vragen wachtlijstgegevens op bij instellingen. Een beperkt aantal zorgkantoren heeft hiernaast een eigen onderzoek laten uitvoeren om inzicht te krijgen in de zorgvraag in de regio. Hierbij reikt het onderzoek verder dan alleen de bestaande wachtlijsten en wordt onder andere ingegaan op demografische gegevens.

Alle zorgkantoren vragen daarnaast informatie op over de mogelijk te realiseren productie en vergelijken deze gegevens met gerealiseerde productie van voorgaande jaren en met wachtlijstgegevens.

Prijs

Zorgkantoren geven beperkt invulling aan het verzamelen en/of verwerken van informatie over de prijs van de thuiszorgproducten. Op een enkele uitzondering na verzamelen zorgkantoren geen informatie over de kostprijsopbouw/structuur van thuiszorgproducten.

Dat hiervoor wel mogelijkheden zijn, laat één zorgkantoor zien. Dit zorgkantoor verzamelt informatie en maakt deze informatie bruikbaar voor de onderhandelingen door inzicht te krijgen in de kostprijsopbouw en kostenstructuur van de thuiszorgproducten. Hierbij hanteert het zorgkantoor het uitgangspunt dat een thuiszorginstelling bij een bepaalde omvang de overheadkosten gedekt heeft. Alle extra uren omzet (in uren) daarboven rechtvaardigt volgens het zorgkantoor een lager tarief.

Een ander zorgkantoor laat de betreffende thuiszorginstelling in de regio een berekeningsmodel ontwikkelen voor de kostprijs van de zorgproducten.

Dit is dus nog in ontwikkeling.

Kwaliteit

Zorgkantoren verzamelen wel allerlei informatie over kwaliteitsaspecten. Maar deze informatie wordt niet verder verwerkt om te gebruiken bij het onderhandelen over de in te kopen thuiszorgproducten. Veelal is deze informatie van belang bij het bespreken en volgen van aandachtspunten met partijen in het veld.

Bestedingsmiddelen

Zes van de tien zorgkantoren vragen actief informatie op over de projecten die gefinancierd worden uit de beschikbare bestedingsmiddelen. Hiervan verzamelen drie zorgkantoren gericht informatie over de projecten door het hanteren van opgestelde formats.

Deze formats gaan onder andere in op de volgende aspecten:

- beleid: de doelstelling, aansluiting van het project op regionale behoefte, vraaggerichtheid en perspectief van het project;
- kosten: de begroting van het project, de kosten van het project op jaarbasis, begrote en gemaakte kosten van het afgelopen jaar.

Bedrijfsvoering

De meeste zorgkantoren verzamelen en verwerken ook informatie over mogelijke financiële problemen van thuiszorginstellingen. Dit is echter niet altijd planmatig georganiseerd. Het opvangen van signalen in het veld tijdens overleg is de meest gehanteerde weg om hier invulling aan te geven. Voor alle zorgkantoren is het benchmarkonderzoek dat gehouden is onder de thuiszorginstellingen wel een informatiebron waarvan gebruik gemaakt wordt. Zorgkantoren maken nog weinig gebruik van management-rapportages van thuiszorginstellingen als informatiebron.

3.e. Conclusie

Zorgkantoren zijn beperkt in staat de onderhandelingen gericht te sturen, omdat zij niet alle aspecten van de voorbereidingen voor de onderhandeling hebben opgepakt en uitgewerkt.

Ten eerste hebben zorgkantoren de doelstellingen voor het inkopen van (thuis)zorg niet toetsbaar verwoord.

Ten tweede heeft de meerderheid van de zorgkantoren geen uitgangspunten voor de inkoopprocedure opgesteld.

Om de onderhandelingen te kunnen sturen moeten zorgkantoren eerst toetsbare doelstellingen en uitgangspunten formuleren. Wel gebruiken alle zorgkantoren het CTG-stramien om te komen tot productieafspraken.

Ten derde verzamelt en/of verwerkt een meerderheid van de zorgkantoren geen informatie over de prijs en kwaliteit van zorgproducten. Wel verzamelen en verwerken alle zorgkantoren informatie over het volume van de thuiszorgproducten.

In vergelijking met het vorige onderzoek hebben zorgkantoren nu inzicht in de wachtlijsten. Hierdoor zijn zorgkantoren in staat gericht te onderhandelen over het volume van thuiszorgproducten, maar kunnen de meeste zorgkantoren de onderhandelingen niet sturen voor wat betreft de prijs en kwaliteit van de thuiszorgproducten.

Ten slotte verwerkt een minderheid van de zorgkantoren de verzamelde informatie over de projecten die gefinancierd worden uit bestedingsmiddelen.

Zo ook bestaat er voor het verzamelen en verwerken van informatie over de bedrijfsvoering van thuiszorginstellingen geen structurele aandacht. Zorgkantoren geven hier alleen invulling aan als signalen op mogelijke problemen wijzen.

Het primaire belang van zorgkantoren bij het onderhandelen is niet zozeer gelegen in het beheersen van de kosten, maar in het voorzien in voldoende zorg. Dit laatste moet eerst ook geregeld zijn alvorens zorgkantoren over gaan tot kostenbeheersing. Op dit moment beschikken zorgkantoren over veel informatie over het benodigde zorgvolume en kunnen zorgkantoren zich nu ook meer gaan richten op kostenbeheersing.

4. Onderhandelen

4.a. Inleiding

De onderhandelingen tussen zorgkantoren en thuiszorginstellingen moeten leiden tot afspraken die ingaan op volume, prijs en kwaliteit van de zorgproducten en de wijze van zorglevering.

De verwachting hierbij is dat zorgkantoren dit proces vanuit doelmatigheidsoverwegingen proberen te sturen. De mogelijkheden voor zorgkantoren liggen bij de inzet van de onderhandeling, de onderhandeling zelf en bij het formaliseren van de afspraken in schriftelijke documenten. In de volgende paragrafen komen deze punten achtereenvolgens aan de orde en in de conclusie wordt aangegeven welke sturingsmogelijkheden zorgkantoren benutten.

4.b. Inzet onderhandeling

Aanleiding overleg Zorgkantoren onderhandelen met de thuiszorginstellingen veelal *niet* op basis van eigen opgestelde doelstellingen waarbij thuiszorg ingekocht wordt die beter van kwaliteit, goedkoper in prijs en/of passender in omvang is dan voorheen. Zorgkantoren stellen zich reactief op, zij handelen volgens de vigerende procedures en reageren op lokale problemen en wensen.

De aanleiding van het overleg voor het maken van productieafspraken (volume en prijs) en afspraken over de te financieren projecten uit bestedingsmiddelen zijn in het algemeen de CTG-beleidsregels. Deze regels geven aan dat voor een bepaalde datum de productie- en bestedingsafspraken bij het CTG aanwezig moeten zijn, ondertekend door beide partijen.

Enkele zorgkantoren geven ook aan dat de begroting van de thuiszorginstellingen aanleiding voor overleg is.

Het overleg over zorginhoudelijke aspecten vindt voor het merendeel plaats op basis van te vormen beleid voor onder andere de modernisering van de AWBZ, wachtlijstproblematiek en kwaliteitsvoering.

***Te bespreken
onderwerpen***

Sturen via het vastleggen van te bespreken onderwerpen berust zowel op actieve als reactieve werkwijze, waarbij reactief overheerst.

Alle zorgkantoren laten de onderwerpen van gesprek namelijk enerzijds over aan de op dat moment aan de orde zijnde problemen en te regelen zaken.

Anderzijds hanteert de helft van de zorgkantoren vaste agendapunten, dit zijn:

- productie thuiszorg;
- financiële ontwikkeling/resultaten thuiszorginstelling;
- bestedingsafspraken (zorgvernieuwing);
- wachtlijsten;
- kwaliteit van de zorg(verlening);
- beleid (voornemens, ontwikkelingen) van beide partijen;
- bedrijfscontinuïteit van de thuiszorginstelling.

***Zorginkoop 2002
versus 2003***

Voor zes van de tien zorgkantoren bestaat er tussen 2002 en 2003 een verschil in aanpak van zorginkoopactiviteiten. Zorgkantoren hebben in 2003 meer mogelijkheden om bij het inkopen van zorg te sturen.

De reden hiervan is dat zorgkantoren beter inzicht in de zorgvraag hebben doordat zij beschikken over wachtlijstgegevens. Twee keer wordt als reden de mogelijkheid van het inkopen van sectoroverschrijdende zorg (modernisering AWBZ) genoemd en één keer wordt dit toegeschreven aan de mogelijkheid die zorgkantoren hebben bij het maken van afspraken voor bestedingsmiddelen.

4.c. Onderhandeling

1° voorstel

Zorgkantoren geven de sturing bij de onderhandeling in eerste instantie uit handen. Het zijn veelal de thuiszorginstellingen die het eerste voorstel over de productieafspraken en de afspraken over de te financieren projecten uit bestedingsmiddelen aanleveren.

De voorstellen van de thuiszorginstellingen gaan in op het volume per thuiszorgproduct en de totale kosten daarvan. Er worden geen specifieke voorstellen gedaan over de kwaliteit van de te leveren thuiszorgproducten.

De voorstellen over projecten die gefinancierd worden uit de bestedingsmiddelen betreffen informatie over de inhoud van de projecten. Hierin kunnen kwaliteit- en doelmatigheidsaspecten aan de orde komen.

Beoordelen volume De onderhandeling over het in te kopen volume van thuiszorgproducten is gebaseerd op een combinatie van de volgende beoordelingen:

- trendanalyse van de voorgestelde productie ten opzichte van de productie voorafgaande jaren, de wachtlijsten en de capaciteit thuiszorginstelling (personeel);
- vergelijking van de voorgestelde productie met de zorgvraag (gerelateerd aan onder andere wachtlijsten).

Negen van de tien onderzochte zorgkantoren voeren een dergelijke beoordeling uit.

Beoordelen tarief Eén zorgkantoor beoordeelt ook de hoogte van de tarieven van de thuiszorgproducten. Dit zorgkantoor vergoedt het maximumtarief als de thuiszorgorganisatie aanvullende activiteiten/projecten uitvoert die een meerwaarde hebben voor de cliënten of medewerkers (bijvoorbeeld mantelzorg, beleidsmatige inbreng in de regio, bewerken onrendabele gebieden en opleidingen).

Daarnaast probeert het zorgkantoor een relatie te leggen met de projecten die afgesproken worden binnen de bestedingsmiddelen door de kosten voor beheer in te passen in het tarief voor de reguliere productie.

Enkele andere zorgkantoren geven aan de hoogte van de tarieven niet te beoordelen, omdat zorgaanbieders de in rendabele werkgebieden gerealiseerde exploitatieoverschotten inzetten in onrendabele gebieden waar een exploitatietekort wordt gerealiseerd.

En tenslotte zijn zorgkantoren niet geneigd de hoogte van de tarieven te beoordelen, omdat eventuele besparingen, door het neerwaarts bijstellen van het (maximum)tarief, wegvloeien naar de algemene AWBZ-middelen.

**Beoordelen
kwaliteit**

Beoordeling op kwaliteitsaspecten van thuiszorgproducten is, met uitzondering van de hiervoor genoemde werkwijze, niet ingebed in het inkoopproces. Kwaliteit van zorg krijgt van enkele zorgkantoren bij andere activiteiten wel aandacht door bijvoorbeeld het aanstellen van kwaliteitsmanagers en het projectmatig inhoud geven aan kwaliteitsbeleid.

**Beoordelen
bestedingsmiddelen**

De onderhandelingen over de bestedingsmiddelen worden voor een kleine meerderheid van de zorgkantoren ingegeven door een beoordeling aan de hand van een richtinggevend kader van het zorgkantoor. Dit kader gaat bijvoorbeeld in op het tijdelijk karakter van het project met mogelijkheid tot structurele inbedding, de mate van innovatie, aansluiting op thuiszorgproducten, samenloop met de reguliere productieafspraken en (reeds gefinancierde) beheersaspecten. De andere zorgkantoren hanteren globale beleidsuitgangspunten of beoordelen niet vooraf.

Discussie

De beoordelingen leiden tot discussies tussen zorgkantoor en thuiszorginstelling over bijvoorbeeld het wijzigen van het volume van een bepaald zorgproduct en de mogelijkheden om een project uit bestedingsmiddelen te financieren. De aandacht van het zorgkantoor is hierbij vooral gericht op het inkopen van alleen de noodzakelijke zorg om zodoende de omvang van de bestedingsmiddelen en het volume aan thuiszorgproducten te beheersen. De discussie over de bestedingsmiddelen heeft hierin de overhand. De prijs en kwaliteit van de thuiszorgproducten zijn in het algemeen geen onderhandelingsitem. Bij vier zorgkantoren hebben de onderhandelingen tot een (semi)conflict geleid, omdat deze zorgkantoren de afspraken vanuit hun eigen beleidsvoering willen sturen die niet overeenkomt met het beleid van de thuiszorginstellingen. Deze (semi)conflicten gingen ondermeer over de productieafspraken, de hoogte van de kosten van projecten die via bestedingsmiddelen gefinancierd worden, het maximumtarief en de kwaliteitsaspecten van zorgverlening. Zo wil een thuiszorginstelling de volle 11,2% aan bestedingsmiddelen inzetten, het zorgkantoor gaat daar niet zonder meer mee akkoord.

**Aanpassing
voorstellen**

4.d. Resultaat onderhandeling

Ongeveer de helft van de zorgkantoren stuurt de onderhandeling dusdanig dat de voorstellen van de thuiszorginstellingen op het gebied van volume en bestedingsmiddelen aangepast worden.

Enkele zorgkantoren die productievoorstellen niet hebben bijgesteld geven aan dat dit niet noodzakelijk is in verband met de nacalculatieregels. Immers alleen de werkelijk realiseerde productie komt voor vergoeding in aanmerking. Eén zorgkantoor heeft voor één thuiszorginstelling een maximumtarief naar beneden bijgesteld¹³.

**Gemaakte
afspraken**

Alle zorgkantoren hebben met de thuiszorginstellingen afspraken gemaakt over de te leveren productie, de (maximum)tarieven en de projecten die gefinancierd worden met de bestedingsmiddelen. Dit is te relateren aan het feit dat partijen deze afspraken schriftelijk in een vast format aan het CTG moeten voorleggen.

Een kleine meerderheid legt deze afspraken ook vast in notulen en brieven. Een kleine minderheid legt de afspraken over de bestedingsprojecten in projectoverzichten vast. Eén zorgkantoor heeft bestedingsafspraken geformaliseerd in een overeenkomst.

De afspraken over het volume en de prijs van de te leveren thuiszorgproducten betreffen het aantal producten en het maximumtarief per product.

De afspraken over projecten in het kader van de bestedingsmiddelen betreffen met name de hoogte van het te financieren bedrag.

¹³ De maximumtarieven gelden zowel voor zorgverlening in aanleunwoningen als voor zorgverlening in de zogenaamde onrendabele gebieden. Het zorgkantoor kan de tarieven voor zorgverlening in de aanleunwoningen bijvoorbeeld wel neerwaarts bijstellen, maar de tarieven voor zorgverlening op bijvoorbeeld de Waddeneilanden niet verhogen.

Geen van de zorgkantoren heeft over de kwaliteit van de te leveren thuiszorgproducten specifieke afspraken gemaakt met thuiszorginstellingen¹⁴.

Hetzelfde geldt in grote lijn ook voor het maken van afspraken over het volgen van de bedrijfscontinuïteit van de instellingen.

Verschillen

Met voornamelijk de reguliere, grote thuiszorginstellingen worden afspraken gemaakt over alle via de AWBZ geregelde thuiszorgproducten.

Met de kleine, nieuwe thuiszorginstellingen worden veelal afspraken gemaakt over thuiszorgproducten die in bepaalde regio's door de reguliere thuiszorginstellingen niet volledig geleverd kunnen worden.

4.e. Conclusie

Onderhandelen

Geconcludeerd wordt dat alle zorgkantoren onderhandelen over het in te kopen volume van thuiszorgproducten en een meerderheid van de zorgkantoren onderhandelt over de invulling van bestedingsprojecten.

Hierbij richten zorgkantoren zich op het inkopen van noodzakelijke zorg en gaat het zorgkantoor niet automatisch akkoord met landelijk vastgestelde bestedingsgrenzen en/of mogelijk in te zetten capaciteit.

Dit is in overeenstemming met het tegengestelde belang tussen zorgkantoren en thuiszorginstellingen over het volume en de bestedingsmiddelen.

Zorgkantoren geven, een enkele uitzondering daargelaten, geen invulling aan onderhandelingen over prijs en kwaliteit van de thuiszorgproducten.

Dit komt overeen met de bevindingen uit het vorige hoofdstuk waarin is geconcludeerd dat zorgkantoren niet in staat zijn om te onderhandelen over de kwaliteit, prijs en bestedingsprojecten, omdat zij daar slechts beperkt informatie over verzamelen.

¹⁴ Naar aanleiding van de gerechtelijke uitspraak over de eigen bijdragen in relatie tot kwaliteit van de zorgverlening hebben verschillende zorgkantoren zich voorgenomen inhoud te geven aan het kwaliteitsbeleid.

De reden waarom sommige zorgkantoren het tarief niet beoordelen is ten eerste dat de beschikbare middelen worden verdeeld over rendabele én onrendabele gebieden binnen de regio en ten tweede dat eventuele besparing wegvloeit naar de algemene AWBZ-middelen.

De onderhandelingen komen niet tot stand door het vergelijken van aanbiedingen van verschillende partijen en de hiermee te behalen doelmatigheidswinst in de zin van een hogere of meer diversiteit in de kwaliteit van zorg of een lagere prijs voor zorgverlening, maar op basis van een individuele beoordeling van voorstellen van de thuiszorginstellingen. Deze manier van onderhandelen komt overeen met de conclusie uit hoofdstuk 2 die aangeeft dat zorgkantoren onderhandelen op basis van een opgebouwde vertrouwensrelatie en daarbij (nog) geen gebruik maken van competitie tussen zorgaanbieders.

De inzet en de uitvoering van de onderhandelingen kunnen in het algemeen als reactief worden getypeerd. Dit blijkt ten eerste uit het feit dat onderhandelingen gestart worden door thuiszorginstellingen die voorstellen aanleveren waarop zorgkantoren reageren met een beoordeling. Ten tweede blijkt dit uit het feit dat zorgkantoren zich laten leiden door CTG-procedures bij het uitvoeren van activiteiten. En ten derde blijkt dit uit het feit dat gespreksonderwerpen vaak tot stand komen op basis van problemen.

5. Monitoren

5.a. Inleiding

Door monitoren geven zorgkantoren inhoud aan de toezichthoudende taak. De mogelijkheden van zorgkantoren om hieraan invulling te geven liggen in het vaststellen van een visie, het uitwerken van een werkwijze en het bijsturen op basis van resultaten.

De volgende drie aspecten moeten hierbij worden betrokken.

Ten eerste moeten zorgkantoren nagaan of de gemaakte afspraken worden nagekomen om te kunnen bijsturen.

Ten tweede moeten zorgkantoren toezien op de bedrijfscontinuïteit van de thuiszorginstellingen om problemen bij thuiszorginstellingen vroegtijdig te signaleren.

Ten derde moeten zorgkantoren de rechtmatige besteding van de AWBZ-middelen door zorgaanbieders beoordelen.

In de volgende paragrafen komen deze aspecten aan de orde.

Bovendien worden in dit hoofdstuk tevens de problemen van zorgkantoren bij het monitoren benoemd. Hieraan is expliciet aandacht geschonken, omdat beleidsmakers zich momenteel richten op het vormgeven van instrumenten hiervoor en omdat deze fase van het onderhandelingsproces door het CTZ als een essentieel sluitstuk wordt gezien¹⁵.

5.b. Visie monitorfunctie

Alle zorgkantoren beschouwen de monitorfunctie als een integraal deel van hun takenpakket.

De opvatting van zorgkantoren over de betekenis van de monitorfunctie als onderdeel van de toezichthoudende taak is verdeeld.

Alle zorgkantoren omschrijven hun monitortask als financieel. De aandacht gaat hierbij specifiek uit naar de realisatie tussen productieafspraken en de voortgang in de bestedingsprojecten.

¹⁵ Het CTZ heeft in het rapport 'Relatie thuiszorginstelling – zorgkantoor' te kennen gegeven dat het de activiteiten van de zorgkantoren op dit punt betreft in zijn oordeelsvorming over het functioneren van de zorgkantoren.

Een minderheid van de zorgkantoren beschouwt ook het monitoren van ontwikkelingen bij zorgaanbieders op het gebied van zorginhoud, kwaliteit van de zorg, bedrijfsvoering en de rechtmatige besteding van AWBZ-middelen als onderdeel van deze taak. Met name over de rechtmatige besteding van de AWBZ-middelen door de thuiszorginstellingen bestaat bij hen onduidelijkheid.

Zorgkantoren hebben de invulling van de monitorfunctie nauwelijks in beleidsdocumenten vastgelegd.

5.c. Werkwijze monitoring

- Beleidsregels CTG** Alle zorgkantoren volgen voor het monitoren de procedures van het CTG. De beleidsregels van het CTG bepalen onder meer de wijze waarop de (door beide partijen goedgekeurde) onderhandelingsresultaten moeten worden vastgelegd en de wijze waarop de nacalculatieformulieren moeten worden ingevuld.
- Planmatige aanpak** Een kleine meerderheid van de zorgkantoren werkt in 2003 bij het monitoren van de thuiszorginstellingen op basis van een planmatige aanpak, hetzij voor alle aspecten (volume, prijs, kwaliteit, bestedingsmiddelen en bedrijfscontinuïteit), hetzij voor enkele deelaspecten.
- Ad hoc-aanpak** Alle zorgkantoren geven ook op ad hoc basis invulling aan de monitorfunctie. Dit betekent dat zorgkantoren aan de hand van actuele problemen of specifieke onderwerpen hun werkzaamheden invullen.
- Onderwerpen** Zorgkantoren monitoren (al dan niet planmatig) de volgende onderwerpen:
- productieafspraken: verzamelen, beoordelen en bespreken van kwantitatieve gegevens zoals wachtlijstgegevens en overzichten met gerealiseerde productie;
 - kwaliteit zorgverlening: verzamelen, doornemen en bespreken van kwaliteitsjaarverslagen, klachtenregistraties, klanttevredenheidsonderzoeken, vragenlijsten kwaliteit en resultaten materiële controle.

Deze activiteiten zijn veelal niet gerelateerd aan het inkoopproces¹⁶;

- bestedingsmiddelen: verzamelen, doornemen, beoordelen en bespreken van inhoudelijke en financiële verantwoording van projecten;
- bedrijfscontinuïteit: verzamelen, doornemen en bespreken van jaarrekeningen, signalen uit het veld en eventueel aanwezige managementletters, benchmarkgegevens en jaarrekeningen van gelieerde entiteiten.

De beoordeling van de rechtmatige besteding van AWBZ-middelen vindt plaats op basis van doornemen en beoordelen van de jaarrekeningen van de thuiszorginstellingen en soms van gelieerde entiteiten. Zorgkantoren vertrouwen hierbij op de verklaring van de externe accountant bij jaarrekening van de thuiszorginstelling. Opmerkelijk is ook dat, op een enkele uitzondering na, aan prijsaspecten (met name vanwege de maximumtarieven) heel weinig aandacht wordt besteed.

Instrumenten

Enkele zorgkantoren hebben, voor het structureren van hun werkzaamheden voor de bewaking van de realisatie van de gemaakte afspraken, instrumenten ontwikkeld.

Enkele voorbeelden hiervan zijn:

- zelf ontwikkeld controleprotocol met specifieke aandachtspunten voor het nacalculatietraject;
- eigen vragenlijst bij het monitoren van de kwaliteit van de zorgverlening;
- zelf ontwikkelde formats om de realisatie van de bestedingsmiddelen te bewaken;
- eigen systeem om de continuïteit van de bedrijfsvoering van de thuiszorginstelling te bewaken. Sommige zorgkantoren maken daarbij gebruik van het in 2002 door ZN in samenwerking met zorgkantoren ontwikkelde - early warning system (EWS)¹⁷.

¹⁶ Twee zorgkantoren hebben aangegeven dat zij de rol van de zorgkantoren met name ten aanzien van kwaliteit onduidelijk vindt.

¹⁷ Het EWS is gericht op het tijdig opsporen, analyseren, bespreekbaar maken en beïnvloeden van mogelijke problemen in het bestuurlijk en het bedrijfsmatig functioneren van de zorginstellingen. Het betreft een aantal indicatoren en een beslisboom, zodat niet van iedere zorginstelling een even uitgebreide monitor behoeft te worden bijgehouden.

5.d. Problemen monitoring

Bij het monitoren van de (productie)afspraken, het toezien op de bedrijfscontinuïteit van de thuiszorginstellingen en het monitoren van de rechtmatigheid van de besteding van AWBZ-middelen hebben zorgkantoren te maken met verschillende problemen.

Verkrijgen van informatie

Vijf zorgkantoren hebben aangegeven problemen te hebben met het verkrijgen van informatie over zorglevering, benchmarkgegevens en managementinformatie. De relatie tussen het verstrekken van (bedrijfsgevoelige) informatie en het onderhandelen met diezelfde partij over onder meer de prijs speelt hierbij in belangrijke mate mee. In een gemoderniseerde AWBZ, waarbij marktwerking het uitgangspunt vormt en zorgkantoren scherp moeten inkopen, past het niet dat thuiszorginstellingen bedrijfsgevoelige informatie aan derden (de inkoper) ter beschikking stellen. De thuiszorginstellingen zijn van mening dat de bedrijfsvoering grotendeels overgelaten moeten worden aan henzelf. Het zorgkantoor mag volgens hen niet op de stoel van het management van de thuiszorginstellingen gaan zitten¹⁸.

Inzicht in besteding AWBZ-middelen

In het algemeen is het voor zorgkantoren niet helder wat en hoe zij precies de rechtmatigheid van de aanwending van AWBZ-middelen door thuiszorginstellingen moeten beoordelen.

Hierbij zijn de volgende aspecten van belang:

- de meeste zorgkantoren hebben weinig inzicht in de rechtmatigheid van de besteding van de AWBZ-middelen door de thuiszorginstellingen. Gebrek aan informatie van de thuiszorginstellingen ligt daaraan ten grondslag. Zorgkantoren geven aan onder andere problemen te hebben met het verkrijgen van de managementletter en de kostenverdeelstaten. Thuiszorginstellingen zijn uit concurrentieoverwegingen niet in alle gevallen bereid deze bedrijfsgevoelige informatie te verschaffen.

¹⁸ *Eén thuiszorginstelling heeft aangegeven dat de politiek een duidelijke keuze moet maken: marktwerking of terugkeer naar de oude situatie waarbij zorgkantoor en thuiszorginstelling gezamenlijk optreden.*

- enkele zorgkantoren geven aan dat ze niet over de financiële middelen en/of deskundigheid beschikken om deze taak adequaat uit te kunnen voeren¹⁹. Meerdere zorgkantoren stellen dat de (rechtmatige) besteding van de AWBZ-middelen primair de verantwoordelijkheid is van de thuiszorginstelling en dat de op vertrouwen gebaseerde samenwerking geen aanleiding geeft te twifelen aan de verklaring van de thuiszorginstellingen.

5.e. Bijsturing

Acties

Alle zorgkantoren betrekken uitkomsten van het monitoren bij het overleg met de thuiszorginstelling.

De uitkomsten betreffen veelal afwijkingen van volume-aantallen en bedragen genoemd in bijvoorbeeld projecten, klachten van cliënten, vertragingen in projecten en bedrijfsvoering die is veranderd of anders is in vergelijking met andere instellingen. Resultaten kunnen zowel betrekking hebben op volume en kwaliteit van thuiszorgproducten als op bestedingsmiddelen.

Vier zorgkantoren geven aan dat zij de thuiszorginstelling rappelleren als specifiek opgevraagde informatie niet van de thuiszorginstelling wordt ontvangen.

Twee zorgkantoren geven aan dat zij de Raad van Toezicht van de thuiszorginstelling informeren als de uitkomsten van het monitoren daartoe aanleiding geven.

Eén zorgkantoor heeft bij een verschil van mening over de nacalculatie het CTG betrokken om de betreffende thuiszorginstelling te laten meewerken.

Instrumenten

Eén zorgkantoor heeft aangegeven dat het, als uit de monitorgegevens blijkt dat de thuiszorginstelling in continuïteitsproblemen dreigt te komen, niet voldoende instrumenten heeft om de continuïteit van de zorgverlening te garanderen.

¹⁹ Uit de onderzoeksgegevens komt naar voren dat zorgkantoren wel bezig zijn hun organisatie op te bouwen. Meerdere zorgkantoren hebben de afgelopen (twee) jaren nieuw (hoger opgeleid) personeel aangenomen.

Bezwaar

Een ander zorgkantoor ziet geen heil in het EWS: het systeem zou teveel gegevens en kengetallen bevatten die gericht zijn op het monitoren van processen in het bedrijfsleven. Daardoor is dit systeem minder geschikt voor het monitoren van de processen in de zorg. Eigen waarneming door het zorgkantoor, via veelvuldig contact met de thuiszorginstellingen, is een beter instrument om de bedrijfsvoering van een instelling te volgen. Bij signalen van mismanagement moet het zorgkantoor dat signaal kenbaar maken aan de Raad van Toezicht van de instelling. Het is diens verantwoordelijkheid eventuele maatregelen te treffen.

Ook enkele thuiszorginstellingen zien een EWS niet zitten. Enerzijds zou de informatie die gevraagd wordt van thuiszorginstellingen hun onderhandelingspositie te veel verzwakken. Anderzijds kan het zorgkantoor op basis van bestaande contacten eventueel mismanagement al vroegtijdig signaleren. Het zorgkantoor moet - vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid - dit vermoeden bij het bestuur van de thuiszorginstelling aanhangig maken.

5.f. Conclusie

Over de reikwijdte van de monitorfunctie, als onderdeel van de toezichthoudende taak van zorgkantoren, bestaat onduidelijkheid. Dit geldt met name het beoordelen van de bedrijfscontinuïteit van instellingen en de rechtmatigheid van de bestede AWBZ-middelen.

Werkwijze

De meeste aandacht gaat uit naar de naleving van de afspraken over het volume van thuiszorgproducten en over de bestedingsmiddelen.

De controlefunctie voor de naleving van de gemaakte afspraken zoals deze is vormgegeven door het CTG wordt door alle zorgkantoren uitgevoerd. Daarnaast wordt deze controle voor het volume aan thuiszorgproducten ook vanuit eigen geïmplementeerde systemen in de organisatie al dan niet planmatig uitgevoerd. Dit geldt in mindere mate voor de controle op de bestedingsmiddelen.

Doordat zorgkantoren in het algemeen uitgaan van de maximumtarieven en geen specifieke kwaliteitsafspraken voor thuiszorgproducten hebben gemaakt, is monitoring ook niet aan de orde. Voor de kwaliteit van de zorg voeren sommige zorgkantoren wel monitoractiviteiten uit, maar deze zijn veelal niet gerelateerd aan het inkoopproces.

De toezichtsfunctie ten aanzien van de bedrijfscontinuïteit betreft het volgen van de instellingen. De meeste zorgkantoren volgen bedrijfsmatige ontwikkelingen bij de thuiszorginstellingen al dan niet planmatig.

De meeste zorgkantoren hebben beperkt inzicht in de rechtmatigheid van de besteding van de AWBZ-middelen door thuiszorginstellingen. Thuiszorginstellingen zijn bijvoorbeeld niet bereid bedrijfsgevoelige informatie te verstrekken, omdat het zorgkantoor deze informatie ook kan gebruiken bij latere onderhandelingen.

Bijsturen

Het bijsturen van de afspraken als ook het reageren op signalen van bedrijfsdiscontinuïteit en onrechtmatige besteding van AWBZ-middelen, vindt beperkt plaats. Voor zover van toepassing betrekken zorgkantoren de resultaten van het monitoren bij het overleg met de thuiszorginstelling. Veel verder gaat het bij de meeste zorgkantoren niet.

Problemen

De problemen bij de controle op de bedrijfscontinuïteit van de instellingen en de rechtmatigheid van de besteding van AWBZ-middelen betreffen onduidelijkheid over de reikwijdte van de monitorrol, de te gebruiken instrumenten en het gebruik van informatie.

6. Conclusie en aanbevelingen

6.a. Conclusies

Om te beoordelen op welke wijze zorgkantoren handen en voeten geven aan de onderhandelingen bij het inkopen van thuiszorg zijn de volgende onderzoeksvragen behandeld:

1. Welke relatie bestaat er tussen zorgkantoren en thuiszorginstellingen?
2. Op welke wijze hebben zorgkantoren de onderhandelingen voorbereid?
3. Op welke wijze hebben zorgkantoren de onderhandelingen georganiseerd?
4. Op welke wijze gaan zorgkantoren de naleving van de gemaakte afspraken na en waartoe heeft dit geleid?

In de volgende paragrafen zijn allereerst per onderzoeksvraag de conclusies weergegeven. De conclusies zijn gerelateerd aan de gestelde eisen zoals beschreven in het beoordelingskader en aan de fase van de modernisering AWBZ waarin zorgkantoren zich bevinden. Vervolgens is ingegaan op de vooruitgang die zorgkantoren hebben geboekt ten opzichte van de bevindingen uit het vorige CTZ-onderzoek.

6.a.1. Relatie zorgkantoor - thuiszorginstelling

De relatie tussen zorgkantoor en thuiszorginstelling is te beschrijven als een, in de reeks van jaren opgebouwde, vertrouwensrelatie. De relatie wordt nog niet gekenmerkt door competitie tussen de thuiszorginstellingen om de diversiteit in het zorgaanbod op het vlak van prijs en kwaliteit én kostenbeheersing te bewerkstelligen.

De meeste zorgkantoren zijn nog afhankelijk van de thuiszorginstellingen, omdat er bijvoorbeeld überhaupt nog te weinig zorgaanbod is, thuiszorginstellingen een monopoliepositie hebben, het zorgkantoor nog over onvoldoende informatie beschikt en de contracteerplicht nog steeds bestaat. Enkele zorgkantoren geven echter wel aan meer gebruik te willen gaan maken van competitie tussen zorgaanbieders.

Dit willen zij vormgeven naast behoud van de opgebouwde vertrouwensrelatie.

6.a.2. Voorbereiding onderhandelingen

Een meerderheid van de zorgkantoren heeft de wijze van voorbereiden van de onderhandelingen niet uitgevoerd zoals verwacht mag worden. Hierdoor zijn deze zorgkantoren beperkt in staat de onderhandelingen gericht te sturen.

Zorgkantoren besteden amper aandacht aan het ontwikkelen van toetsbare doelstellingen voor het inkopen van thuiszorg. Daarnaast zijn er maar enkele zorgkantoren die uitgangspunten hebben opgesteld voor het inkopen van thuiszorg. Wel gebruiken alle zorgkantoren het CTG-stramien om te komen tot productieafspraken.

Bij het verzamelen en verwerken van informatie richten zorgkantoren zich met name op het productievolume. Inzicht in de wachtlijsten is hierbij van groot belang geweest. Aan aspecten als prijs en kwaliteit van de thuiszorgproducten wordt door de meeste zorgkantoren nauwelijks aandacht besteed.

De meerderheid van de zorgkantoren vraagt informatie op over de projecten die gefinancierd worden uit bestedingsmiddelen, maar deze worden door de meeste zorgkantoren niet systematisch verwerkt.

Het verzamelen en verwerken van informatie over eventuele financiële problemen van thuiszorginstellingen komen alleen aan de orde als signalen hiertoe aanleiding geven.

Bij het voorbereiden van de onderhandelingen richten zorgkantoren zich niet primair op het beheersen van de kosten, maar op het voorzien in voldoende zorg. Op dit moment beschikken zorgkantoren over veel informatie over het benodigde zorgvolume en kunnen zorgkantoren zich meer gaan richten op kostenbeheersing.

6.a.3. Onderhandelingen

Zorgkantoren hebben niet over alle onderwerpen (volume, prijs en kwaliteit van thuiszorgproducten en de bestedingsmiddelen) onderhandeld.

Alle zorgkantoren onderhandelen wel over het in te kopen productievolume en een meerderheid van de zorgkantoren onderhandelt ook over de invulling van bestedingsprojecten. De zorgkantoren, een enkel zorgkantoor daargelaten, geven geen invulling aan de onderhandelingen over prijs en de kwaliteit van thuiszorgproducten.

De onderhandelingen komen niet tot stand door vergelijking van aanbiedingen van verschillende instellingen en het daarmee willen behalen van doelmatigheidswinst in de zin van een hogere (of meer diversiteit in de) kwaliteit van zorg of een lagere prijs, maar op basis van individuele beoordeling van voorstellen van de thuiszorginstelling. Deze manier van onderhandelen sluit aan op de conclusie dat de relatie zorgkantoor en thuiszorginstelling is gebaseerd op vertrouwen en dat er amper gebruik gemaakt wordt van marktwerking. Wel proberen de meeste zorgkantoren alleen de *noodzakelijke* zorg in te kopen en gaan zij daarom niet direct akkoord met de maximale (financiële) mogelijkheden.

Zorgkantoren stellen zich bij (het voorbereiden van) de onderhandelingen doorgaans reactief op, de eerste voorstellen komen van de thuiszorginstellingen en zorgkantoren reageren veelal pas naar aanleiding van lokale problemen en wensen in de regio.

6.a.4. Naleving afspraken

Zorgkantoren vinden de toezichthoudende functie voor de naleving van de afspraken over volume van de thuiszorgproducten en de bestedingsmiddelen, de bedrijfscontinuïteit van de thuiszorginstellingen en de rechtmatigheid van de besteding van AWBZ-middelen van belang, maar geven slechts gedeeltelijk invulling aan deze toezichthoudende taken. Hierdoor zijn zorgkantoren niet altijd in staat de nakoming van de afspraken te beoordelen en - indien nodig - bij te sturen.

Vanwege de maximumtarieven maken zorgkantoren amper afwijkende prijsafspraken, monitoring van prijsafspraken is daardoor ook niet aan de orde.

Dezelfde uitkomst geldt voor de kwaliteit van de thuiszorg-producten, omdat ook hierover geen concrete afspraken worden gemaakt. Wel voeren sommige zorgkantoren activiteiten uit om de kwaliteit van thuiszorg te monitoren, maar deze zijn niet gerelateerd aan het inkoopproces.

De meeste zorgkantoren volgen op ad hoc basis de bedrijfs-continuïteit van thuiszorginstellingen. Zorgkantoren beschikken daarvoor niet over voldoende informatie. Thuiszorginstellingen zijn niet zo scheutig met het verstrekken van (vertrouwelijke) informatie, vanwege mogelijke competitie tussen thuiszorgaanbieders. Om dezelfde reden hebben de meeste zorgkantoren maar beperkt inzicht in de rechtmatigheid van de besteding van de AWBZ-middelen door thuiszorginstellingen.

6.a.5. Situatie 2003 versus 2000 en modernisering AWBZ

Om verandering in de opstelling van zorgkantoren in het onderhandelingsproces te kunnen vaststellen zijn de resultaten van het vorige onderzoek vergeleken met de resultaten van dit vervolgonderzoek. Vervolgens is hier ook ingegaan op verwachtingen die gesteld zijn binnen de modernisering van de AWBZ (specifiek: Convenant inzake taken en beheerskosten zorgkantoren, d.d. 19 maart 2003). In de onderstaande tabel is dit weergegeven.

	Situatie 2000	Situatie 2003	Convenant
Vorbereiding	<i>Geen specifieke doelstellingen geformuleerd</i>	<i>Geen specifieke doelstellingen geformuleerd (wel meer informatie over wachtlijsten)</i>	<i>In 2004 een contracteerbeleid</i>
Onderhandeling	<i>Alleen productie-afspraken</i>	<i>Onderhandelingen over volume-aspecten verbeterd (incl. bestedingsmiddelen); vrijwel geen onderhandelingen over prijs en kwaliteit</i>	<i>In 2004 ook concrete kwaliteitsafspraken</i>
Naleving	<i>Geen controle op naleving afspraken</i>	<i>Beperkte invulling van monitorrol</i>	<i>In 2004 eisen over transparantie</i>

***Doelstellingen
zorginkoop***

Zowel in dit onderzoek als in het vorige onderzoek is geconstateerd dat zorgkantoren geen specifieke (beleids-) doelstellingen voor thuiszorg hebben geformuleerd. Dit is voor 2003 ook niet als eis opgenomen in het convenant. Het convenant stelt voor 2003 dat zorgkantoren op basis van wachtlijsten, aanvullend demografische onderzoek en op basis van andere reeds ter beschikking staande bronnen de aard en omvang van de zorgvraag in beeld moeten hebben. Tevens moeten zij de aard, omvang en spreiding van het zorgaanbod in kaart brengen. Hieraan besteden zorgkantoren momenteel in het algemeen voldoende aandacht. Zorgkantoren moeten – overeenkomstig het convenant – in het jaarplan 2004 het contracteerbeleid formuleren en publiceren. Om hieraan te voldoen moeten zij ook toetsbare doelstellingen formuleren.

***Onderhandelings-
proces over volume
en bestedings-
middelen***

De onderzoeksresultaten tonen aan dat zorgkantoren de goede weg zijn ingeslagen. Hoewel geen grote stappen zijn gezet, verzamelen en verwerken zorgkantoren informatie over het in te kopen productievolume en onderhandelen zorgkantoren daarover nu beter. Dit wordt verklaard door beter inzicht in de wachtlijsten en wellicht ook de mogelijkheid om bij meerdere zorgaanbieders thuiszorg in te kunnen kopen. Ook het tegengestelde belang van zorgkantoor en thuiszorginstelling (alleen inkopen van *noodzakelijke* zorg versus besteding van alle beschikbare middelen en de wijze waarop de bestedingsmiddelen moeten worden ingezet) speelt hierbij een rol. Hierdoor kunnen zorgkantoren meer dan in 2000 waarborgen dat voldoende thuiszorg wordt ingekocht. Ook de ruimte om 11,2% van het budget te besteden aan zorgvernieuwingprojecten (de zogenaamde bestedingsmiddelen) geeft een positieve impuls aan het onderhandelingsproces.

- Onderhandelings-
proces over prijs en
kwaliteit** Voor wat betreft de aspecten prijs en kwaliteit van de thuiszorgproducten is het beeld over het verzamelen en verwerken van informatie en de onderhandelingen hierover vrijwel identiek aan de bevindingen uit het vorige onderzoek. In het licht van de modernisering van de AWBZ hoeven zorgkantoren in 2003 nog geen concrete afspraken te maken over de kwaliteit van de thuiszorgproducten. Dit moet volgens de afspraken in het convenant in 2004 gebeuren. Op basis van de gegevens van dit onderzoek is duidelijk dat zorgkantoren momenteel hieraan nog geen invulling aangeven. Eén zorgkantoor laat zien dat ook in de huidige bekostigings-systeematiek prijs onderwerp van onderhandeling kan zijn.
- Vastleggen van
afspraken** Uit het vorige onderzoek kwam naar voren dat zorgkantoren de onderhandelingsresultaten maar beperkt vastleggen in individuele overeenkomsten of addenda. Dat is nog steeds zo. Dit betekent dat zorgkantoren om in 2004 te voldoen aan de eis concrete afspraken te maken over de kwaliteit van zorg nog veel werk moeten verzetten.
- Monitoren** Zorgkantoren zijn actief bij het volgen van de realisatie van het afgesproken productievolume en de over de bestedings-middelen gemaakte afspraken. Dit komt mede doordat deze deel uitmaken van de CTG-systeematiek. In 2004 moeten zorgkantoren in hun contracteerbeleid echter eisen stellen aan zorgaanbieders over transparantie van de besteding van de middelen en de bedrijfscontinuïteit. Hiervoor moeten zorgkantoren een systeematiek hebben geïmplementeerd. Op basis van de gegevens van dit onderzoek, moet een meerderheid van de zorgkantoren hier nog invulling aangeven.
- Uit het onderzoek is niet gebleken dat er verschil bestaat tussen zorgkantoren die ook bij het vorige onderzoek waren betrokken en zorgkantoren die alleen bij dit onderzoek zijn betrokken.

**Signalering:
marktwerking**

6.b. Aanbevelingen

Bij de modernisering van de AWBZ is marktwerking een belangrijk instrument om ervoor te zorgen dat instellingen zich richten op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, de diversiteit van het zorgaanbod en kostenbeheersing. In de huidige omstandigheden werkt het instrument marktwerking niet zo als bedoeld. Noodzakelijke voorwaarden hiervoor ontbreken nog.

Om dit instrument wel te kunnen gebruiken moet ondermeer aan de volgende voorwaarden worden voldaan: beschikbaarheid voldoende zorgaanbieders, doorbreken sterke positie zorgaanbieders en rechtstreekse onderhandelingen met landelijk werkende thuiszorginstellingen mogelijk maken. Invoering van een nieuwe bekostigingssystematiek in de AWBZ (de functiegerichte bekostiging) biedt mogelijkheden om te komen tot onderhandelingen. Een voorwaarde hierbij is dat het nieuwe systeem moet leiden tot reëel onderhandelbare tarieven.

Het CTZ vraagt het Ministerie van VWS aandacht te schenken aan de volgende zaken:

1. zorgkantoren vervullen diverse rollen waaronder die van zorginkoper en controleur. Deze rollen kunnen elkaar in de weg staan, bijvoorbeeld bij monitoring, omdat zorgaanbieders terughoudend zijn bij het verstrekken van bedrijfsgevoelige informatie aan de zorginkoper. Zorgkantoren zijn gebaat bij meer duidelijkheid over welke rol VWS het belangrijkste vindt: zorginkoper of controleur;
2. eventuele bezwaren van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) tegen verdeling van de markt en vorming van machtsblokken door het samenbrengen van meerdere zorgaanbieders in één conglomeraat;
3. de problematiek van het contracteren van landelijk werkende thuiszorginstellingen.

**Aanbeveling 1:
prikkels**

In het huidige financieringssysteem hebben zorgkantoren geen financiële prikkels om zuinig te zijn.

Het CTZ beveelt het Ministerie van VWS aan - rekening houdend met het publieke karakter van de AWBZ - de mogelijkheden te onderzoeken prikkels voor zorgkantoren in te bouwen om kostenbeheersing te stimuleren. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door besparingen, die zijn verkregen door het contracteren van een lager tarief dan het maximumtarief, niet bij voorbaat te laten terugvloeien in het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten.

***Aanbeveling 2:
cultuuromslag***

Zorgkantoren moeten een cultuuromslag maken. Zorgkantoren baseren de samenwerking met de zorgaanbieders met name op de opgebouwde vertrouwensrelatie. Het CTZ heeft daar geen bezwaar tegen, mits zorgkantoren zich ook zakelijk opstellen. Dit betekent dat zorgkantoren optimaal gebruik moeten maken van de bestaande mogelijkheden, zoals concurrentie tussen zorgaanbieders en het inschakelen van nieuwe thuiszorgaanbieders. Ook moeten zorgkantoren hun macht als grootafnemer ten volle benutten. Het feit dat zorgkantoren financieel geen aantoonbaar belang hebben bij de onderhandelingen mag daarbij geen beletsel zijn.

***Aanbeveling 3:
convenant***

Zorgkantoren moeten het convenant naleven. Om de in het convenant genoemde doelen 2004 te halen moeten zorgkantoren meer expliciet beleidsmatige inhoud geven aan de voor thuiszorg te bereiken toetsbare doelstellingen (volume, prijs en kwaliteit). Ook moeten zorgkantoren extra aandacht besteden aan het resultaatgericht onderhandelen met de thuiszorgaanbieders en het vastleggen van concrete afspraken met zorgaanbieders, zodat naleving daarvan beter kan worden gewaarborgd. Daarnaast moeten zorgkantoren om in 2004 in hun contracteerbeleid rekening te kunnen houden met transparantie van de besteding van de AWBZ-middelen en de bedrijfscontinuïteit een (early warning) systeem hebben geïmplementeerd.

Om de in het convenant gestelde doelen tijdig te kunnen realiseren, moeten zorgkantoren op korte termijn een sturings/beheersmodel op orde hebben (hanteren van een zogenoemde planning en controlcyclus). Het CTZ dringt er bij de zorgkantoren op aan hiermee haast te maken.

Het CTZ zal de betreffende werkwijzen en uitvoering van activiteiten van zorgkantoren blijven volgen en betrekken bij de trendmatige doelmatigheidsonderzoeken.

Ten slotte

Geconstateerd is dat er nog onduidelijkheid bestaat over de reikwijdte van de rol van zorgkantoren bij het monitoren van de bedrijfsvoering van instellingen en de rechtmatige besteding van AWBZ-middelen. Hierover moet op korte termijn duidelijkheid komen.

Het CTZ besteedt in het rapport 'Rechtmatigheid en bedrijfsrisico's thuiszorginstellingen' specifieke aandacht aan de problematiek rondom de controle op de besteding van de AWBZ-middelen en de bedrijfsvoering van zorgaanbieders.

College van toezicht op de zorgverzekeringen

Prof. dr. W. van Voorden
Voorzitter

dr. M.E. Homan
Algemeen Directeur

Bijlage 1: Activiteiten en functies onderhandelingsproces

Tabel 1: Pre-onderhandelingsfase

Gewenste voorbereidingsaspecten/activiteiten	In functie van
Op orde zijn van de zorgkantoororganisatie: <ul style="list-style-type: none"> Voldoende fte; Financiële en zorginhoudelijke kennis bij medewerkers. 	Het in voldoende mate kunnen uitvoeren van de zorginkooptaak.
Het bezitten van een beleidsvisie voor het inkopen van AWBZ-zorg (eventueel specifiek voor thuiszorg) en een contracteerbeleid.	Het kunnen aansluiten op het beleid van de overheid. Het kunnen bepalen bij wie, wat en waar moet worden ingekocht.
Het bezitten van een doelstelling voor de gewenste zorgvraag, het gewenste in te kopen zorgvolume en de gewenste bekostiging.	Het kunnen weten over welke informatie het zorgkantoor moet beschikken én het kunnen verzamelen en bewerken van die informatie.
Het hebben van een uitgewerkte onderhandelingsprocedure, uitgangspunten en voorwaarden.	Het kunnen plannen en sturen van de onderhandelingen.
Het verzamelen en verwerken van informatie over de zorgvraag, zorgaanbod, kwaliteit van de zorgproducten en zorgverlening, de bekostiging van de zorgproducten en/of zorgverlening.	Het kunnen sturen van de onderhandelingen richting het gewenste resultaat.

Tabel 2: Onderhandelingsfase

Gewenste onderhandelingsaspecten/activiteiten	In functie van
Inzet onderhandelingen: <ul style="list-style-type: none"> Aanleiding van overleg: sturen op basis van doelstellingen; Bepalen van te bespreken onderwerpen (volume, prijs en kwaliteit van te leveren thuiszorg): sturen op basis van te bespreken onderwerpen. 	Het kunnen sturen van de onderhandelingen richting de door het zorgkantoor opgestelde doelstellingen.
Onderhandelingen uitvoeren: <ul style="list-style-type: none"> 1^e voorstel: sturen door initiatief te nemen en de toon te zetten; Reactie zorgkantoor op wensen thuiszorginstellingen: sturen via van het aangeven van eisen of gewenste veranderingen. 	Het kunnen ondernemen van acties om de onderhandelingen te sturen.
Bereiken van resultaten: <ul style="list-style-type: none"> Aanpassen van voorstellen; Geformaliseerde afspraken voor tijdige, kwalitatief goede en doelmatige zorg. 	Door het monitoren van afspraken kunnen sturen.

Tabel 3: Pre-onderhandelingsfase

Gewenste monitoraspecten/activiteiten	In functie van
Volgen van de bedrijfscontinuïteit van thuiszorginstellingen.	Het kunnen garanderen van zorgverlening.
Volgen van de rechtmatigheid van de bestedingen door de thuiszorginstellingen.	Het kunnen garanderen van een rechtmatige besteding van AWBZ-middelen.
Het hebben van een structurele werkwijze voor het monitoren.	Het kunnen plannen en sturen van de gewenste activiteiten bij het monitoren.
Het hebben van een werkwijze om resultaten ten opzichte van de gemaakte afspraken te evalueren.	Het inzicht krijgen in resultaten die bijgestuurd moeten worden.
Het ondernemen van actie naar aanleiding van evaluatie indien het gewenste resultaat niet is bereikt.	Het kunnen bijsturen van resultaten naar het gewenste door het inzetten van activiteiten of het veranderen van beleid.