



Werken met ZZP's

Op weg naar minder administratieve lasten

*Standaardisatie van informatievragen van concessiehouders voor de
vermindering van administratieve lasten voor zorgaanbieders*

Ernie van Dooren
Wendy Ellenbroek
Petra Ebben-de Jong
Arthur Frank
Patrick Jansen
Anne Tijdhof

29 november 2011



In voor zorg!

Inhoudsopgave

1 Samenvatting	2
1.1. Totaalbeeld administratieve last en besparing	2
1.2 Administratieve last intramuraal	3
1.3 Administratieve last intramuraal en extramuraal	4
1.4 Mate van automatisering.....	5
1.5 Verbetervoorstellen	5
1.6 Mogelijke besparing	6
1.7 Interpretatie van de resultaten.....	7
2.Inleiding	8
2.1 Aanleiding.....	8
2.2 Doelstelling	8
2.3 Opbouw rapportage	9
3. Aanpak	10
3.1 Opstellen vragenlijst	10
3.2 Gegevensverzameling en respons.....	10
3.3 Analyse	12
3.4 Rapportage.....	13
4.Algemene resultaten	14
4.1 Resultaten per sector	16
4.2 Resultaten naar omvang	16
4.3 Resultaten per concessiehouder	18
4.4 Mate van automatisering.....	19
4.5 De resultaten op hoofdlijnen.....	21
5.Extrapolatie	22
5.1 Extrapolatie onderzoeksgegevens	22
5.2 De onderzoeksresultaten in perspectief	24
6.Verbetervoorstellen	26
6.1 Algemeen	26
6.2 Zorgtoewijzing	27
6.3 Zorginkoop	29
6.3.1 Elementen voor een standaardset zorginkoop	29
6.3.2 Verbetersuggesties inkoop	33
6.4 Productie, realisatie & verantwoording	35
6.5 Materiële controle	36
6.6 Tot slot	36
Bijlage 1. Opzet vragenlijst.....	38
Bijlage 2. Berekening netto productieve uren	40
Bijlage 3. Kosten	41
Bijlage 4. Resultaten zorgtoewijzing	43
Bijlage 5. Resultaten inkoop.....	47
Bijlage 6. Resultaten productie, realisatie & verantwoording.....	52
Bijlage 7. Resultaten materiële controle	56
Bijlage 8 Beoordeling inkoopcriteria.....	60

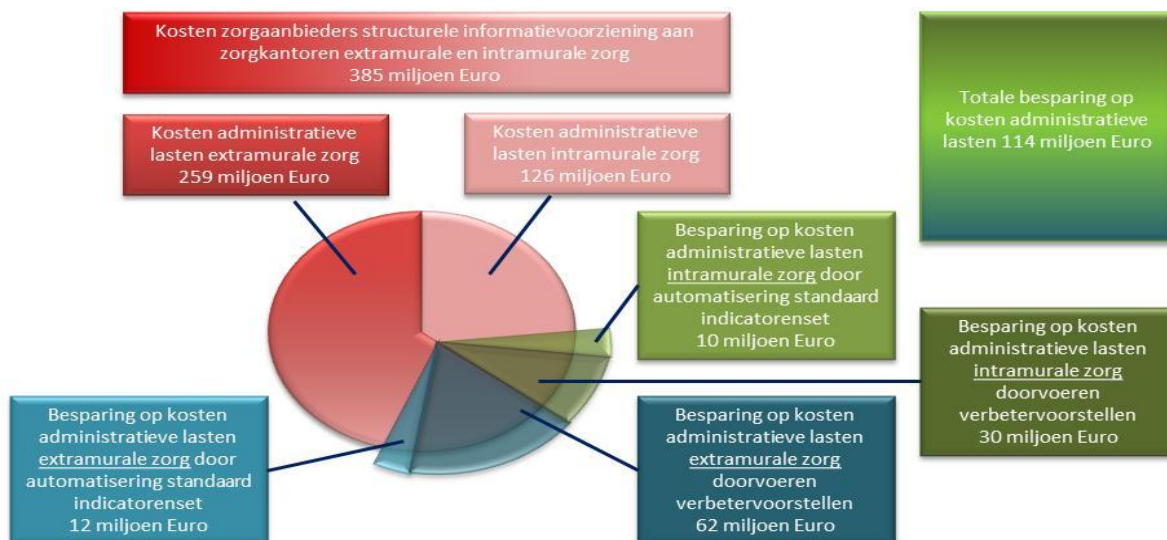
1. Samenvatting

1.1. Totaalbeeld administratieve lasten en besparing

De administratieve lasten in de langdurige sector staan al langer in de schijnwerpers. Uit onderzoek¹ blijkt dat in de verschillende zorgsectoren gemiddeld 38% van de tijd niet aan zorg wordt besteed. Begin 2011 is onderzocht hoe de concessiehouders en de zorgkantoren omgaan met de bekostiging van de intramurale zorg (zorgzwaartebekostiging)². Hierbij is duidelijk geworden dat de zorgkantoren op hoofdlijnen vergelijkbare informatie uitvragen. Op detailniveau zijn er grote verschillen. Deze verschillen leiden tot administratieve lasten bij zorgaanbieders.

Landelijk worden bij de zorgaanbieders 1.383 FTE's ingezet voor de structurele informatievoorziening over alleen de intramurale zorg aan de zorgkantoren. Dit is gemiddeld 1,9 FTE per zorgaanbieder. Voor de extramurale zorg worden circa 3.970 FTE's ingezet door de zorgaanbieders. Dit is gemiddeld 4,0 FTE per zorgaanbieder. De totale kosten aan administratieve lasten bij de zorgaanbieders voor de structurele informatievoorziening aan de zorgkantoren voor de intramurale en extramurale zorg bedragen 385 miljoen euro op jaarbasis. Het betreft hier alleen de inzet en kosten voor de structurele informatievoorziening aan het zorgkantoor. Daarnaast zetten zorgaanbieders nog formatie in voor de informatievoorziening aan bijvoorbeeld de inspectie, Zichtbare zorg of het CAK.

In dit onderzoek is inzichtelijk gemaakt hoe administratieve lasten als gevolg van de informatievoorziening aan zorgkantoren kunnen worden verminderd. Als de verbetervoorstellen worden doorgevoerd kan een totale besparing op de administratieve lasten van 92 miljoen Euro per jaar worden gerealiseerd (30 miljoen Euro intramuraal en 62 miljoen Euro extramuraal). Daarnaast kunnen door standaardisatie en automatisering de uitvoeringskosten met ongeveer 22 miljoen Euro per jaar worden verminderd (exclusief (eenmalige) investering automatisering) (10 miljoen Euro intramuraal en 12 miljoen Euro extramuraal). De mogelijke totale besparing bedraagt 114 miljoen Euro (92 miljoen + 22 miljoen) per jaar, ongeveer 30% van de huidige kosten.



¹ Chronisch geregeld. Vertrouwen als uitgangspunt voor minder regeldruk voor oudere chronisch zieken en hun professionals (2010).

² 'Werken met ZZP's - zorgkantoren'.

De totale besparing van 114 miljoen euro heeft alleen betrekking op de administratieve lasten bij de zorgaanbieders voor de structurele aanlevering van informatie aan de zorgkantoren. Aannemelijk is dat als de verbetervoorstellen worden doorgevoerd dit ook tot een verlaging van de uitvoeringskosten bij de zorgkantoren leidt. Daarnaast kunnen de verbetervoorstellen mogelijk ook worden toegepast bij de informatievoorziening door de zorgaanbieders aan andere stakeholders zoals de inspectie, Zichtbare zorg of het CAK. De verwachting is dat dit ook tot een verlaging van de administratieve lasten en uitvoeringskosten leidt bij deze stakeholders. Dit sluit aan bij de programmabrief langdurige zorg³ waarin de volgende doelstellingen zijn opgenomen:

- de administratieve lasten met 5% per jaar laten dalen;
- nieuwe regeldruk van wet- en regelgeving voorkomen,
- zorgverleners moeten hun vak terugkrijgen.

De resultaten uit dit onderzoek zijn tevens relevant voor de ontwikkelingen op het gebied van de decentralisatie van AWBZ-zorg naar de gemeenten en de AWBZ-uitvoering door zorgverzekeraars voor eigen verzekerden. Dit zijn twee ontwikkelingen waarbij zorgaanbieders met een veel groter aantal partijen afspraken moeten gaan maken over de zorglevering. Het risico bestaat dat daardoor de administratieve lasten veel groter gaan worden. Door bij de implementatie van deze ontwikkelingen aan te sluiten op de verbetervoorstellen die in deze rapportage zijn beschreven kan die lastenverzwaring beperkt worden gehouden.

1.2 Administratieve last intramuraal

Het ministerie van VWS heeft Casemix en bureau HHM opdracht gegeven om inzichtelijk te maken wat de omvang van de administratieve lasten in de intramurale zorg is. Onder de administratieve last wordt in het kader van dit onderzoek het volgende verstaan: de structurele tijdbesteding en kosten van zorgaanbieders als gevolg van het voorbereiden, verzamelen en uitleveren van informatie voor concessiehouders gericht op de zorgtoewijzing, inkoop, productie, realisatie & verantwoording en materiële controle. Naast het in beeld brengen van de last is inzichtelijk gemaakt hoe de informatievragen van de concessiehouders kunnen worden verbeterd en gestandaardiseerd.

Van de 732 zorgaanbieders zijn er 211 benaderd voor het onderzoek. 54 zorgaanbieders hebben aan het onderzoek deelgenomen. Dit aantal deelnemers levert een betrouwbaarheid van 87% op.

Landelijk worden bij de zorgaanbieders 1.383 FTE's ingezet voor de structurele informatievoorziening over alleen de intramurale zorg aan de zorgkantoren. Dit is gemiddeld 1,9 FTE per zorgaanbieder. De kosten hiervan zijn 126 miljoen euro. Uitgesplitst naar de verschillende sectoren betreft het de volgende aantallen:

- **Verpleging en verzorging:** circa 84 miljoen euro voor 923 FTE
- **Gehandicaptenzorg:** circa 29 miljoen euro voor 344 FTE
- **Geestelijke gezondheidszorg:** circa 13 miljoen voor 116 FTE

³ Programmabrief langdurige zorg (DLZ/KZ-U-3067294), Mw. drs. M.L.L.E. Veldhuijzen van Zanten-Hyllner
Op weg naar minder administratieve lasten
 29 november 2011

De personele inzet en de kosten per activiteit zijn als volgt verdeeld:

- **Zorgtoewijzing:** ruim 44 miljoen euro voor 680 FTE
- **Zorginkoop:** ruim 49 miljoen euro voor 372 FTE
- **Productie, realisatie & verantwoording:** ruim 23 miljoen euro voor 249 FTE
- **Materiële controle:** ruim 8 miljoen euro voor 82 FTE

De kosten voor de zorginkoop zijn hoger dan bij de zorgtoewijzing, terwijl het aantal FTE's lager is. Dit komt doordat de meest ingezette FWG schaal bij zorginkoop schaal 60 is. De meest ingezette FWG schaal bij zorgtoewijzing is schaal 35.

Bij de zorgtoewijzing en productie, realisatie & verantwoording worden de administratieve lasten hoger als het aantal cliënten per zorgaanbieder toeneemt. Bij de onderwerpen zorginkoop en materiële controle niet.

1.3 Administratieve last intramuraal en extramuraal

De 1.383 FTE's die door de zorgaanbieders worden ingezet voor de structurele informatievoorziening aan de zorgkantoren hebben alleen betrekking op de intramurale zorg in de V&V, GZ en GGZ.

Zorgaanbieders leveren ook informatie aan bij andere partijen zoals de inspectie, Zichtbare zorg en het CAK. Dit betreft dan bijvoorbeeld de prestatie-indicatoren, het jaardocument maatschappelijke verantwoording en de AZR. De inzet voor het beantwoorden van deze informatievragen is niet meegenomen in dit onderzoek. De totale administratieve last als gevolg van informatievragen van externe partijen is daarom hoger dan de administratieve last die met dit onderzoek in kaart is gebracht. De 1.383 FTE's worden alleen ingezet voor de structurele informatievoorziening aan de zorgkantoren voor alleen de intramurale zorg.

Veel zorgaanbieders leveren naast de intramurale zorg ook extramurale zorg. Daarnaast zijn er zorgaanbieders die alleen extramurale zorg leveren. Voor deze extramurale zorg moeten de zorgaanbieders ook structureel informatie aanleveren bij de zorgkantoren. Op basis van de FTE-inzet die is gemoeid met de intramurale zorg, is een schatting gemaakt van de FTE-inzet voor de extramurale zorg. Bij deze schatting is er van uitgegaan dat de tijdbesteding voor de inkoop en materiële controle vergelijkbaar is bij de intramurale- en extramurale zorg, omdat dit op instellingsniveau plaatsvindt. Omdat de onderdelen zorgtoewijzing en productie, realisatie & verantwoording sterk samenhangen met het aantal cliënten, is voor de schatting op deze onderdelen gebruik gemaakt van de jaarcijfers van het CIZ: de verhouding tussen het aantal positieve indicaties intramuraal en extramuraal is gebruikt om een schatting te maken van het aantal FTE's dat betrokken is bij de informatievoorziening aan de zorgkantoren voor de extramurale zorg. Dit leidt voor de structurele informatievoorziening ten aanzien van de extramurale zorg tot een geschatte inzet van 4,0 FTE per aanbieder. Door alle zorgaanbieders worden 3.970 FTE's ingezet voor alleen de extramurale zorg.

De totale kosten voor de structurele informatievoorziening aan de zorgkantoren voor de intramurale en extramurale zorg bedragen 385 miljoen euro (126 miljoen euro intramuraal en 259 miljoen extramuraal). Het betreft hier alleen de inzet en kosten voor de structurele informatievoorziening aan het zorgkantoor. Daarnaast zetten zorgaanbieders nog formatie in voor de informatievoorziening aan bijvoorbeeld de inspectie, Zichtbare zorg of het CAK. De totale kosten voor informatieverstrekking aan alle partijen is aanzienlijk hoger dan de 385 miljoen euro die wordt ingezet voor de structurele informatieverstrekking aan de zorgkantoren.

1.4 Mate van automatisering

Onderzocht is wat de mate van automatisering voor invloed heeft op de tijdbesteding. De meeste zorgaanbieders voeren de zorgtoewijzing, productie, realisatie & verantwoording (vrijwel) volledig of gedeeltelijk geautomatiseerd uit. Dit komt omdat deze processen via de AZR grotendeels gestandaardiseerd zijn en zich daarom beter lenen voor automatisering. Volledige of gedeeltelijke automatisering wil niet zeggen dat er minder FTE inzet nodig is. Vooral de uitzonderingssituaties kosten veel tijd en zijn moeilijk te automatiseren. Grotere instellingen hebben hier meer mee te maken. Door de grotere aantallen cliënten zijn er meer uitzonderingssituaties.

63% van de zorgaanbieders heeft het zorginkoopproces (vrijwel) niet geautomatiseerd. 29% voert het gedeeltelijk geautomatiseerd uit en 7% (vrijwel) volledig geautomatiseerd. Het huidige inkoopproces leent zich minder goed voor (volledige) automatisering. De zorgaanbieders die het inkoopproces (vrijwel) volledig geautomatiseerd uitvoeren besteden 20% minder FTE's ten opzichte van instellingen die (vrijwel) niet geautomatiseerd zijn. Opvallend is dat zorgaanbieders die de zorginkoop gedeeltelijk hebben geautomatiseerd meer FTE's inzetten ten opzichte van (vrijwel) niet geautomatiseerde én (vrijwel) volledig geautomatiseerde zorgaanbieders. Gedeeltelijke automatisering leidt dus niet direct tot efficiencyvoordelen.

1.5 Verbetervoorstellen

Om de administratieve lasten te reduceren hebben zorgaanbieders diverse verbeterpunten benoemd. In zijn algemeenheid is aangegeven dat wijzigingen in beleid en regelgeving veel tijd kosten en leiden tot administratieve lasten. Ook hebben aanbieders aangegeven dat zij de gegevensuitwisseling zoveel mogelijk via één uniform systeem willen laten plaatsvinden.

Zorgtoewijzing

Zorgaanbieders geven aan dat verbetering noodzakelijk is ten aanzien van de geldigheid van de indicaties. Op dit gebied zijn al diverse verbeteringen doorgevoerd zoals de geldigheidstermijn van 15 jaar. Veel zorgaanbieders hebben daarnaast verbetermogelijkheden aangedragen ten aanzien van de AZR: het vereenvoudigen van de systematiek rondom AGB codes, het verder automatiseren van het berichtenverkeer, het uniformeren van wachtlijstbeheer en het verbeteren van het bovenregionale berichtenverkeer.

Zorginkoop

De zorgaanbieders hebben per inkoopcriterium aangegeven of het wel of niet zinvol is en of de uitvraag veel of weinig tijd kost. Op basis hiervan is een standaard indicatorenset uitgewerkt. De standaard indicatorenset is opgenomen in hoofdstuk 6.3.1.

Het valt op dat vrijwel alle inkoopcriteria gericht zijn op de beoordeling van de structuur of het proces van zorgverlening. Bij het ontwikkelen van standaardindicatoren zou meer aandacht moeten zijn voor uitkomstindicatoren. Dit maakt het mogelijk om resultaatafspraken te maken, hetgeen past binnen het systeem van prestatiebekostiging.

Naast het standaardiseren van de indicatorenset leiden de volgende aanpassingen tot reductie van administratieve lasten op het gebied van zorginkoop:

- het uniformeren van zowel het proces als de inhoud van het beleid;
- het hergebruiken van bestaande gegevens;
- het maken van meerjaren afspraken;
- het inkorten van de inkoopdocumenten;
- meer vertrouwen en minder controle en rapportages (High Trust High Penalty).

Productie, realisatie & verantwoording

Zorgaanbieders hebben verbeteringen aangedragen ten aanzien van het afschaffen van het productie realisatie format en het gebruik van de AW319 voor meerdere doeleinden. Als het proces van de AW319 optimaal verloopt dan zijn andere informatie uitvragen zoals berichtenverkeer, nacalculatie en de productiemonitor overbodig.

Materiële controle

Ten aanzien van de materiële controle kan de samenwerking tussen de controlerende partijen leiden tot vermindering van de administratieve lasten bij de zorgaanbieders. Ook het aansluiten bij bestaande controles en het niet jaarlijks uitvoeren van de controle zal vermindering in administratieve last opleveren.

1.6 Mogelijke besparing

In dit onderzoek hebben zorgaanbieders diverse onderwerpen beschreven waarmee de administratieve last als gevolg van de informatievoorziening aan zorgkantoren kan worden verminderd. Bij de zorgtoewijzing, productie, realisatie & verantwoording is voornamelijk winst te behalen door optimalisatie van deze processen. Bij de materiële controle is dit beperkt vanwege het incidentele karakter hiervan.

Als de verbetervoorstellen worden doorgevoerd, kan een totale besparing van een kleine 100 miljoen Euro (€ 91.622.616) per jaar op de administratieve lasten bij de zorgaanbieders (extramurale en intramurale) worden gerealiseerd.

Bij de zorginkoop zijn er mogelijkheden voor standaardisatie waardoor zorgaanbieders de hoog gekwalificeerde medewerkers die hiervoor nodig zijn efficiënter kunnen inzetten. In deze rapportage is een eerste aanzet tot standaardisatie opgenomen. Bij het landelijk werken met een gestandaardiseerde set van inkoopcriteria kan het proces verder worden geautomatiseerd. Uit het onderzoek is gebleken dat de zorgaanbieders die het inkoopproces (vrijwel) volledig geautomatiseerd uitvoeren 20% minder FTE's inzetten dan instellingen die (vrijwel) niet geautomatiseerd zijn. Verdere uitwerking en operationalisering hiervan leidt tot een structurele vermindering van de administratieve lasten van ongeveer 22 miljoen Euro (€ 21.741.242) per jaar (exclusief (eenmalige) investering automatisering).

De mogelijke totale besparing bedraagt **114 miljoen Euro** (92 miljoen + 22 miljoen) per jaar als de verbeteringen die in deze rapportage zijn aangegeven worden doorgevoerd. De aangegeven besparing is de totale besparing bij zowel de intramurale als extramurale zorgaanbieders.

Geadviseerd wordt om samen met concessiehouders en in overleg met zorgaanbieders over te gaan tot standaardisatie van de zorginkoop. Hier valt op relatief korte termijn veel te bereiken. De resultaten van dit onderzoek kunnen daarbij als vertrekpunt dienen.

1.7 Interpretatie van de resultaten

De administratieve lasten en mogelijkheden van besparingen zijn op een zorgvuldige wijze verzameld bij diverse zorgaanbieders. Daarnaast is de conceptversie van het onderzoeksrapport besproken met het ministerie van VWS en vertegenwoordigers van zorgkantoren en zorgaanbieders. Tijdens deze bespreking zijn de uitgangspunten voor het onderzoek, de analyses en de resultaten doorgenomen. De deelnemers aan de bijeenkomst ondersteunen de gehanteerde uitgangspunten en herkennen zich in de resultaten. Daarbij werd opgemerkt dat de lasten voor de extramurale zorg wellicht nog hoger zijn vanwege de diversiteit aan afspraken die op dit terrein worden gemaakt.

Tevens bevestigen de resultaten het beeld dat uit een aantal andere inventarisaties op het gebied van de administratieve lasten naar voren is gekomen.

In 2006 heeft PWC in opdracht van VWS onderzoek uitgevoerd naar de door zorgaanbieders in de AWBZ beleefde administratieve lasten. De lastendruk ten gevolge van de verantwoording aan het zorgkantoor komt ook uit dit onderzoek als belangrijk element naar voren (als gevolg van verschillen tussen zorgkantoren, onduidelijke spelregels, uitgebreide materiële controles en verschil in registraties tussen intra- en extramurale zorg). In 2010 is dit beeld bevestigd door het rapport 'Meer tijd voor de cliënt' van Plexus, waarbij tevens is aangegeven, dat zorgaanbieders zelf kritisch moeten kijken naar hun bedrijfsvoering om de administratieve last beperkt te houden.

Uit alle onderzoeken komt de behoefte aan afstemming en harmonisatie naar voren om de administratieve last te verminderen. Gezien de verschuivingen die momenteel plaatsvinden van de AWBZ naar de WMO en ZVW zijn de bevindingen en verbetervoorstellen uit voorliggend rapport eveneens relevant voor gemeenten en verzekeraars.

2. Inleiding

2.1 Aanleiding

De uitvoering van de AWBZ is sinds 1998 in handen van de zorgkantoren. Het zorgkantoor heeft als taak om de zorgvraag en het zorgaanbod in een regio zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen. Om deze taak goed te kunnen uitoefenen hebben de zorgkantoren informatie nodig van de zorgaanbieders in de regio.

Uit het onderzoek 'Werken met ZZP's - zorgkantoren' is gebleken dat de afstemming van de informatievragen door concessiehouders kan worden verbeterd. Eén van de conclusies van het onderzoek is dat door de concessiehouders op hoofdlijnen vergelijkbare informatie wordt gevraagd, maar dat er op detailniveau grote verschillen blijken te zijn bij de uitwerking van de kaders (ZN) in beleid en criteria. Beleidskeuzes vertalen zich in verschillen in concrete gegevens die zorgaanbieders moeten aanleveren. Zowel de gehanteerde (beleids)criteria, de vorm, de inhoud van de gegevens als het moment waarop de gegevens moeten worden aangeleverd verschillen tussen de concessiehouders.

De verschillen hebben consequenties voor de administratieve last van zorgaanbieders. De vraag is in hoeverre de administratieve last van zorgaanbieders verlicht kan worden door standaardisatie van informatievragen onder concessiehouders. Het ministerie van VWS heeft Casemix en bureau HHM opdracht gegeven om dit te onderzoeken.

2.2 Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek luidt:

Inzicht bieden in de mogelijkheden van standaardisatie van informatievragen tussen concessiehouders voor de vermindering van administratieve lasten voor zorgaanbieders.

Scope en uitgangspunten

- De omvang van de administratieve last drukken we in dit onderzoek uit in FTE en kosten (per zorgaanbieder en landelijk).
- Onder de administratieve last wordt in het kader van dit onderzoek verstaan de structurele tijdbesteding en totale kosten van zorgaanbieders als gevolg van het voorbereiden, verzamelen en uitleveren van informatie voor concessiehouders gericht op de zorgtoewijzing, inkoop, productie, realisatie & verantwoording en materiële controle.
- Het onderzoek richt zich op de administratieve last bij (intramurale) zorgaanbieders in de V&V, GZ en GGZ. Dit betreft die administratieve druk die wordt veroorzaakt door structurele informatievoorziening over alleen de intramurale zorg aan de zorgkantoren.
- De structurele informatieuitvragen ten aanzien van de extramurale zorgverlening valt buiten dit onderzoek. Hetzelfde geldt voor de informatie die zorgaanbieders aanleveren aan partijen zoals de inspectie, Zichtbare zorg, het CAK, etc. Ook dit is niet meegenomen.

2.3 Opbouw rapportage

In hoofdstuk 3 wordt de aanpak van het onderzoek beschreven. Hierbij worden het opstellen van de vragenlijst, de gegevensverzameling en respons, de analyses en de rapportage toegelicht.

In hoofdstuk 4 worden de resultaten gepresenteerd. Hierbij wordt ingegaan op de resultaten per sector, naar omvang, naar aantal concessiehouders en de mate van automatisering. In hoofdstuk 5 worden de landelijke administratieve lasten in beeld gebracht die intramurale zorgaanbieders hebben voor de structurele informatievoorziening aan de zorgkantoren. In hoofdstuk 6 zijn verbetervoorstellen uitgewerkt.

3. Aanpak

In dit hoofdstuk wordt op hoofdlijnen de aanpak voor het onderzoek toegelicht. De aanpak bestaat uit de volgende stappen:

1. opstellen vragenlijst;
2. gegevensverzameling;
3. analyse;
4. rapportage.

3.1 Opstellen vragenlijst

Casemix en bureau HHM hebben gezamenlijk een vragenlijst opgesteld. De vragenlijst is besproken met het ministerie van VWS. De vragenlijst bevat open vragen, meerkeuzevragen en gesloten vragen. De vragenlijst is mede tot stand gekomen door telefonisch contact met alle concessiehouders. Daarnaast is de vragenlijst getoetst bij drie zorgaanbieders. De vragen hadden enkel betrekking op de gegevens uitvraag ten aanzien van de intramurale zorg. In bijlage 1 is per onderdeel aangegeven over welke onderwerpen informatie is verzameld.

De vragenlijst bestaat uit vijf onderdelen:

- Startblad
- Zorgtoewijzing
- Inkoop
- Productie, realisatie & verantwoording
- Materiële controle

Per onderwerp kon de zorgaanbieder het aantal uren/dagen/FTE per week/maand/jaar aangeven. Daarnaast kon men per onderwerp de FWG schaal aangeven en de mate van automatisering. Hierin worden de categorieën (vrijwel) niet geautomatiseerd, gedeeltelijk geautomatiseerd en (vrijwel) volledig geautomatiseerd onderscheiden. Onder (vrijwel) volledig geautomatiseerd wordt verstaan dat verwerking van gegevens met minimale tussenkomst van handmatige acties plaats kan vinden. Zorgaanbieders die niet in staat waren het op dit detailniveau aan te geven konden ook de totale tijd voor het proces invullen om te komen tot het beantwoorden van structurele informatievragen van het zorgkantoor.

Daarnaast konden zorgaanbieders verbeteringen formuleren voor het verminderen van de administratieve last als gevolg van structurele informatievragen van het zorgkantoor. Deze verbetervoorstellen kon men ook kwantificeren (in tijd en FWG schaal).

3.2 Gegevensverzameling en respons

Gegevensverzameling

De vragenlijst is per e-mail verzonden aan 211 contactpersonen van zorgaanbieders. Dit zijn zorgaanbieders die eerder hebben aangegeven te willen meewerken aan onderzoeken in het kader van de zorgzwaartebekostiging. Er is bewust voor gekozen om niet alle intramurale zorgaanbieders te betrekken bij het onderzoek, gezien de relatief korte doorlooptijd van het onderzoek en omdat het onnodig was een grote groep zorgaanbieders te belasten.

Een contactpersoon bij een zorgaanbieder is het aanspreekpunt van een organisatie omtrent de zorgzwaartebekostiging. De vragenlijst is naar deze contactpersoon gestuurd. Onder een zorgaanbieder kunnen soms meerdere NZa nummers (organisatorische eenheden) vallen. In dit onderzoek verstaan we onder een zorgaanbieder het niveau waarop de administratie plaatsvindt voor de verschillende onderdelen. In de vragenlijst is gevraagd om aan te geven voor hoeveel NZa nummers de vragenlijst is ingevuld.

Aan de zorgaanbieders die de vragenlijst niet hebben ingevuld zijn meerdere herinneringsmails gestuurd. Ook is de non-respons groep actief nagebeld om de respons te verhogen.

Respons

Het resultaat is dat 54 zorgaanbieders de vragenlijst hebben ingevuld. Als we uitgaan van 732 intramurale zorgaanbieders landelijk, betekent dit dat we met een foutmarge van 10% en een betrouwbaarheid van 87% uitspraken kunnen doen over de landelijke administratieve last onder alle intramurale zorgaanbieders.

In tabel 1 geven we per sector het aantal landelijke zorgaanbieders, het aantal aangeschreven zorgaanbieders en het aantal respondenten weer. Uit tabel 1 blijkt dat het aantal GZ zorgaanbieders een groter aandeel uitmaakt van het aantal aangeschreven zorgaanbieders en het aantal respondenten dan de landelijke verdeling. De V&V en GGZ daarentegen zijn iets ondervertegenwoordigd, met name bij het aantal respondenten.

Sector	Aantal landelijk	Aantal aangeschreven	Aantal respondenten
V&V	461 (63%)	114 (54%)	26 (48%)
GZ	167 (23%)	66 (31%)	23 (43%)
GGZ	104 (14%)	31 (15%)	5 (9%)
Totaal	732 (100%)	211 (100%)	54 (100%)

Tabel 1. Overzicht aantal zorgaanbieders landelijk versus aantal zorgaanbieders aangeschreven versus aantal respondenten (per sector)

Het aandeel grote zorgaanbieders (>300 cliënten) komt relatief veel voor onder het aantal aangeschreven zorgaanbieders en onder het aantal respondenten (70% versus 36% landelijk). Het aantal kleine zorgaanbieders is bij de respondenten ondervertegenwoordigd in vergelijking tot de landelijke verdeling (4% versus 17%).

Aantal cliënten	Aantal landelijk	Aantal aangeschreven	Aantal respondenten
< 50 cliënten	121 (17%)	35 (17%)	2 (4%)
50-300 cliënten	346 (47%)	82 (39%)	14 (26%)
> 300 cliënten	265 (36%)	94 (45%)	38 (70%)
Totaal	732 (100%)	211 (100%)	54 (100%)

Tabel 2. Overzicht aantal zorgaanbieders landelijk versus aantal zorgaanbieders aangeschreven versus aantal respondenten (naar omvang)

3.3 Analyse

De verzamelde gegevens hebben we geanalyseerd op volledigheid en op inhoud. Voor de vragenlijsten die niet volledig zijn ingevuld is de respondent nagebeld om alsnog de vragenlijst compleet te maken. De inhoudelijke analyse is uitgevoerd op basis van een vooraf opgesteld analyseformat. De analyses hebben begin juli 2011 plaatsgevonden. Op basis van de inhoudelijke analyses zijn de respondenten nagebeld waarbij opvallende zaken zijn geconstateerd (circa 15 zorgaanbieders). Dit konden zowel opvallende waarden in de vragenlijst zelf zijn als opvallende waarden in vergelijking tot de overige respondenten. In enkele gevallen heeft dit geleid tot aanpassingen, omdat de zorgaanbieder bijvoorbeeld een onjuiste waarde had ingevuld.

Uitgangspunten analyse

In de analyse hebben we gebruik gemaakt van de berekening netto productieve uren en een berekening voor de totale kosten (zowel loonkosten als huisvestingskosten). In respectievelijk bijlage 2 en 3 lichten we deze berekening toe. De berekening voor de netto productieve uren gebruiken we om bij respondenten die de vragenlijst niet in FTE, maar in uren hebben ingevuld om te rekenen naar een aantal FTE.

Een voorbeeld: een respondent heeft aangegeven 1 uur per week te besteden aan zorgtoewijzing. Dit staat gelijk aan 0,04 FTE. We hebben dit op de volgende manier berekend: 1 uur * 52 weken / 1.330 netto productieve uren per jaar.

De basis voor de berekening van de kosten is de FWG schaal die de zorgaanbieder heeft ingevuld per onderdeel in de vragenlijst. Voor het bepalen van de juiste CAO zijn we nagegaan in welke sector de zorgaanbieder hoofdzakelijk werkzaam is. Bij het berekenen van de kosten rekenen we met 2 varianten:

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

Bij variant 1 gaan we ervan uit dat de medewerkers één tot anderhalf periodiek boven het gemiddelde in de functieschaal zitten. Bij variant 2 gaan we ervan uit dat de medewerkers op 80% zitten binnen de FWG schaal. In bijlage 3 is voor variant 1 en 2 weergegeven welke periodieken er binnen de schaal gehanteerd zijn voor de berekening van de kosten en welke werkgeverslasten en dergelijke zijn meegenomen.

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

De overige variabelen (zoals ziekteverzuim, opleiding, sociale lasten, kosten indirect personeel, enzovoorts) in de berekening zijn gebaseerd op cijfers van het CBS, de NZa en ervaringsgegevens van Casemix en bureau HHM met kostprijsonderzoek.

3.4 Rapportage

De resultaten van de analyses zijn verwerkt in voorliggende rapportage. Aan de hand van de resultaten en verbetervoorstellen is het mogelijk om de administratieve lasten te verminderen. De conceptversie van het onderzoeksrapport is besproken met het ministerie van VWS en vertegenwoordigers van zorgkantoren en zorgaanbieders. Tijdens deze bespreking zijn de uitgangspunten voor het onderzoek, de analyses en de resultaten doorgenomen. De deelnemers aan de bijeenkomst ondersteunen de gehanteerde uitgangspunten en herkennen zich in de resultaten. Daarbij werd opgemerkt dat de lasten voor de extramurale zorg wellicht nog hoger zijn vanwege de diversiteit aan afspraken die op dit terrein worden gemaakt.

4. Algemene resultaten

In deze paragraaf geven we de totale administratieve last weer voor de onderwerpen: zorgtoewijzing, zorginkoop, productie, realisatie & verantwoording en materiële controle.

Het gaat hier om de administratieve last binnen de groep respondenten. Een respondent is een zorgaanbieder. Onder een zorgaanbieder kunnen meerdere organisatorische eenheden (NZa nummers) vallen. Echter, het niveau van de zorgaanbieder is het niveau waarop de administratie plaatsvindt voor de verschillende onderdelen. Het aantal zorgaanbieders per onderdeel is lager dan het totaal aantal zorgaanbieders. Dit komt doordat niet alle zorgaanbieders (N=54) alle onderdelen volledig hebben ingevuld.

	Zorg- toewijzing (N=53)	Inkoop (N=49)	Productie- afspraken en realisatie (N=52)	Materiële Controle (N=47)	Totaal
Totaal aantal FTE	88	26	35	6	155
Totale kosten (laag)	€ 5.538.430	€ 2.969.066	€ 3.006.087	€ 498.873	€ 12.012.456
Totale kosten (hoog)	€ 5.866.265	€ 3.157.289	€ 3.181.675	€ 522.477	€ 12.727.706
Kosten (laag) t.o.v omzet (%)	0,28%	0,15%	0,15%	0,03%	0,60%
Kosten (hoog) t.o.v omzet (%)	0,29%	0,16%	0,16%	0,03%	0,64%
Meest voorkomende FWG schaal	35	60	55	60	35
Gemiddeld aantal FTE per zorgaanbieder	1,66	0,53	0,67	0,13	2,87
Gemiddelde kosten (laag) per zorgaanbieder	€ 108.597	€ 63.172	€ 60.122	€ 11.086	€ 242.976
Gemiddelde kosten (hoog) per zorgaanbieder	€ 115.025	€ 67.176	€ 63.634	€ 11.611	€ 257.445

Tabel 3. Totaaloverzicht administratieve lasten

Uit tabel 3 blijkt dat het onderdeel zorgtoewijzing de meeste administratieve last veroorzaakt en het onderdeel materiële controle het minst (88 FTE versus 6 FTE). Zorgtoewijzing is een doorlopend proces, in tegenstelling tot de materiële controle, dat incidenteel plaatsvindt en het inkoopproces, dat jaarlijks eenmalig plaatsvindt.

Door de zorgaanbieders wordt aangegeven dat het inkoopproces veel administratieve lasten met zich meebrengt. Uit dit onderzoek blijkt dat hiermee 26 FTE gemoeid zijn (gemiddeld 0,5 FTE per zorgaanbieder). Op het eerste oog lijkt dit misschien niet veel, maar de last wordt met name veroorzaakt door het feit dat gedurende een relatief korte periode hier veel personen mee bezig zijn.

De medewerkers die bij de zorginkoop betrokken zijn, zijn hooggekwalificeerde (relatief dure) krachten die de werkzaamheden uitvoeren naast hun normale werkzaamheden. Het inkoopproces valt grotendeels in de vakantieperiode, waardoor het bij elkaar brengen van de juiste betrokkenen wordt bemoeilijkt. Door de complexiteit van de wet- en regelgeving is het niet mogelijk om een groot deel van het werk te delegeren naar goedkopere krachten.

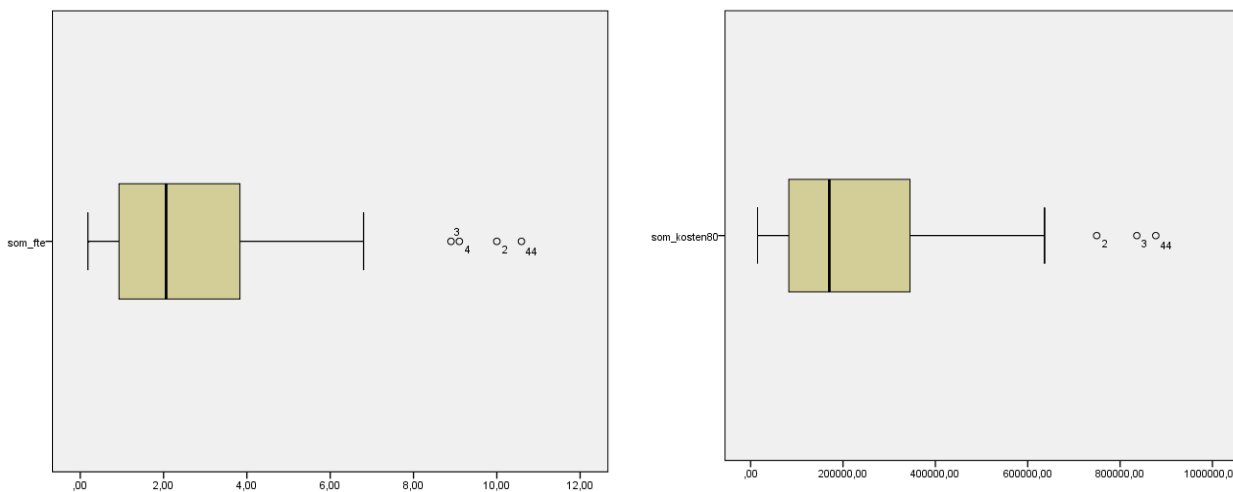
De ervaren last is daardoor hoger dan de werkelijke last. Ook wordt door de aanbieders aangegeven dat de toename van indicatoren die betrekking hebben op de kwaliteit van zorg extra inspanningen met zich meebrengen. Een voorbeeld dat hierbij werd gegeven is het opstellen en beheren van protocollen.

Daarnaast valt op dat de FWG schaal bij inkoop, materiële controle en productie, realisatie & verantwoording beduidend hoger ligt dan bij het onderdeel zorgtoewijzing. Zorgtoewijzing kenmerkt zich door relatief veel werkzaamheden die administratieve medewerkers kunnen uitvoeren.

Gemiddeld besteedt een zorgaanbieder uit de onderzoekspopulatie 3 FTE aan structurele informatievoorziening aan het zorgkantoor. In totaal bedragen de gemiddelde kosten per zorgaanbieder € 257.445,- uitgaande van de 'hoge' kosten. Als we in de berekening uitgaan van een periodiek die iets boven het gemiddelde van de functieschalen ligt, dan zijn de gemiddelde kosten circa 6% lager.

Spreiding

Om inzicht te geven in de spreiding in administratieve lasten tussen de zorgaanbieders is zowel voor het aantal FTE's als de 'hoge' kosten een boxplot gemaakt (figuur 1A en 1B). In het centrale gedeelte van de boxplot zit 50% van de waarnemingen, 50% van de waarnemingen bij het totale aantal FTE zit tussen de 1,5 en de 4. Dit wil zeggen dat 50% van de zorgaanbieders tussen de 1,5 en 4 FTE besteden aan informatievoorziening richting het zorgkantoor. Uitschieters naar beneden zijn er nauwelijks, maar wel naar boven, namelijk 50% van de zorgaanbieders zet hiervoor 4 tot 7 FTE in. Kijken we naar de boxplot van de kosten (figuur 1B) dan zien we een grotere spreiding. De minimale kosten zijn € 15.500,- en de maximale kosten zijn € 877.254,-.



Figuur 1A. Boxplot totaal aantal FTE (min=0,18 FTE, max=24 FTE, mediaan⁴= 2,1 FTE)

Figuur 1B. Boxplot 'hoge' kosten (min= € 15.500, Max= € 877.254 mediaan= € 170.515)

⁴ De mediaan is het middelste getal in de totale reeks voor een oneven aantal data en het gemiddelde van de twee middelste getallen voor een even aantal data.

4.1 Resultaten per sector

In tabel 4 zijn opgenomen het gemiddeld aantal FTE, de gemiddelde kosten per zorgaanbieder en de gemiddelde kosten per FTE voor iedere sector. In de GZ en V&V ligt het gemiddeld aantal FTE en de gemiddelde kosten redelijk dicht bij elkaar. Dat in de GZ de meeste formatie wordt ingezet is waarschijnlijk een gevolg van het grote aantal ZZP's en toeslagen die voor deze sector van toepassing zijn. In de GGZ zijn zowel het gemiddeld aantal FTE als de gemiddelde kosten het laagst. Het valt op dat de gemiddelde kosten per FTE in de GGZ (€ 116.778) beduidend hoger liggen dan in de V&V en GZ (€ 79.518 en € 76.141). Dit kan worden veroorzaakt doordat de zorgaanbieders in de GGZ over het algemeen een hogere FWG schaal hebben aangegeven in de vragenlijst voor de verschillende onderwerpen.

Sector	N	Gemiddeld aantal FTE	Gemiddelde kosten (laag)	Gemiddelde kosten (laag) per FTE	Gemiddelde kosten (hoog)	Gemiddelde kosten (hoog) per FTE
V&V	26	2,9	€ 227.675	€ 79.518	€ 244.201	€ 85.290
GZ	23	3,2	€ 245.128	€ 76.141	€ 256.277	€ 79.604
GGZ	5	1,3	€ 151.659	€ 116.778	€ 161.367	€ 124.253
Totaal	54	2,9	€ 231.009	€ 79.658	€ 244.764	€ 84.404

Tabel 4. Administratieve lasten per sector

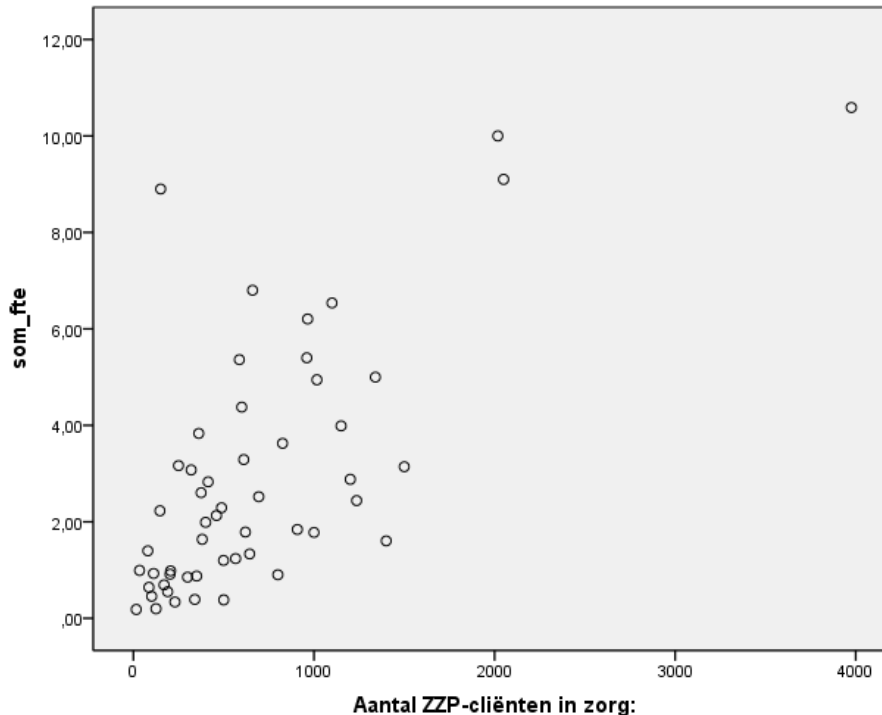
4.2 Resultaten naar omvang

In tabel 5 is het gemiddeld aantal FTE, de gemiddelde kosten per zorgaanbieder en de gemiddelde kosten per FTE naar het aantal cliënten aangegeven. Uit de tabel blijkt dat kleine zorgaanbieders (< 50 cliënten) gemiddeld minder FTE hebben en veel lagere kosten dan grote zorgaanbieders (> 300 cliënten). De kosten van een grote zorgaanbieder zijn ruim 4x zo hoog vergeleken met de kosten van een kleine zorgaanbieder, hetzelfde geldt voor het gemiddelde aantal FTE. De gemiddelde kosten per FTE liggen voor de kleine zorgaanbieders beduidend hoger. De kleine zorgaanbieders zetten relatief hoog gekwalificeerd personeel in voor de informatievoorziening.

Aantal cliënten	N	Gemiddeld aantal FTE	Gemiddelde kosten (laag)	Gemiddelde kosten (laag) per FTE	Gemiddelde kosten (hoog)	Gemiddelde kosten (hoog) per FTE
Klein (< 50)	2	0,6	€ 68.460	€ 116.290,23	€ 71.651	€ 121.711
Middel (100-300)	14	1,6	€ 139.006	€ 84.599,63	€ 149.234	€ 90.825
Groot (> 300)	38	3,4	€ 266.761	€ 77.499,52	€ 282.000	€ 81.927
Totaal	54	2,9	€ 231.009	€ 80.490,86	€ 244.764	€ 85.283

Tabel 5. Resultaten naar omvang (aantal cliënten)

Om het verband tussen het aantal cliënten en het totaal aantal FTE verder te analyseren is een scatterplot gemaakt (zie figuur 2). Hierin is te zien dat de inzet voor informatievoorziening samenhangt met het aantal intramurale cliënten bij de zorgaanbieder. In zijn algemeenheid geldt: hoe meer cliënten, hoe meer inzet voor informatievoorziening.



Figuur 2. Scatterplot aantal cliënten in zorg afgezet tegen het totaal aantal FTE

Uit de bijlagen 4 tot en met 7 en de scatterplots blijkt dat bij de verschillende onderwerpen dit verband alleen terugkomt bij de onderwerpen zorgtoewijzing en productie, realisatie & verantwoording (zie figuur 5 en figuur 11 in de bijlagen). Bij de onderwerpen zorginkoop en materiële controle is geen verband tussen het aantal cliënten en de fte-inzet (zie figuur 8 en figuur 14).

In tabel 6 is het gemiddeld aantal FTE, de gemiddelde kosten per zorgaanbieder en de gemiddelde kosten per FTE weer naar omzet aangegeven. Uit de tabel blijkt dat de zorgaanbieders met een lage omzet (< € 5.000.000) gemiddeld minder FTE hebben en lagere kosten dan de zorgaanbieders met een hoge omzet (> € 50.000.000).

De kosten van een zorgaanbieder met een grote omzet zijn ruim driemaal zo hoog, vergeleken met de kosten van een zorgaanbieder met een lage omzet. Het gemiddeld aantal FTE is bij een zorgaanbieder met een hoge omzet ruim viermaal zo hoog in vergelijking tot een zorgaanbieder met een lage omzet. Ook hier zien we dat zorgaanbieders met een lage omzet gemiddeld hogere kosten per FTE hebben dan zorgaanbieders met een hoge omzet. Dit wordt veroorzaakt doordat zorgaanbieders met een lage omzet relatief weinig laag ingeschaald personeel hebben. Dit maakt dat het hoger ingeschaalde personeel ook werkzaamheden doet die bij een zorgaanbieder met een hoge omzet door lager ingeschaald personeel wordt uitgevoerd. Hierdoor nemen de gemiddelde kosten per FTE toe voor zorgaanbieders met een lage omzet.

Omzet	N	Gemiddeld aantal FTE	Gemiddelde kosten (laag)	Gemiddelde kosten (laag) per FTE	Gemiddelde kosten (hoog)	Gemiddelde kosten (hoog) per FTE
Omzet < € 5.000.000	8	1,0	€ 93.331	€ 96.917	€ 97.872	€ 101.632
Omzet € 5.000.000 - € 50.000.000	31	2,5	€ 204.483	€ 82.033	€ 217.777	€ 87.366
Omzet > € 50.000.000	15	4,7	€ 340.899	€ 73.046	€ 359.292	€ 76.987
Totaal	54	2,9	€ 231.009	€ 80.491	€ 244.764	€ 85.283

Tabel 6. Resultaten naar omvang (omzet)

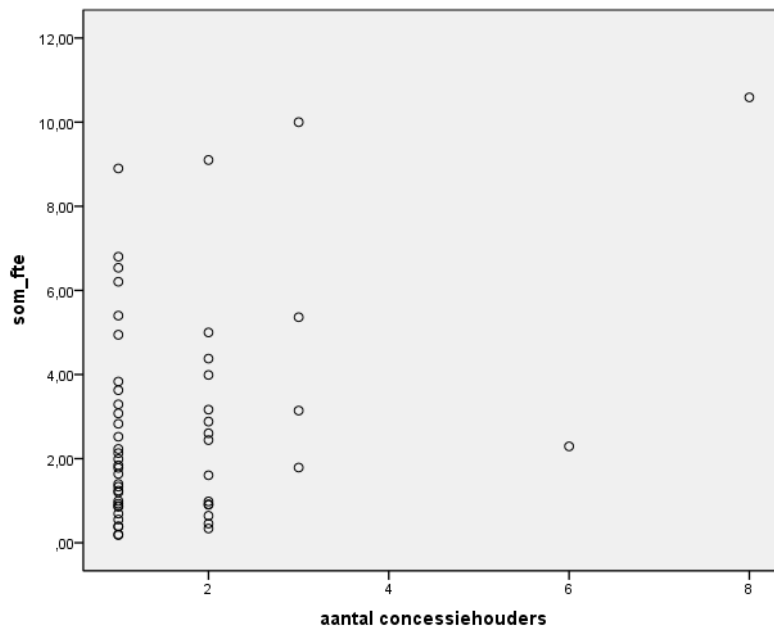
4.3 Resultaten per concessiehouder

In tabel 7 zijn de resultaten naar het aantal concessiehouders aangegeven. Zorgaanbieders die onder meerdere concessiehouders (>1 concessiehouder) vallen besteden gemiddeld meer FTE aan de verantwoording richting het zorgkantoor dan de zorgaanbieders die met één concessiehouder te maken hebben.

Aantal concessiehouders	N	Gemiddeld aantal FTE	Gemiddelde kosten (laag)	Gemiddelde kosten (laag) per FTE	Gemiddelde kosten (hoog)	Gemiddelde kosten (hoog) per FTE
Één concessiehouder	33	2,5	€ 202.963	€ 81.279	€ 216.013	€ 86.506
Meerdere concessiehouders	21	3,5	€ 275.883	€ 79.825	€ 290.764	€ 84.131
Totaal	54	2,9	€ 231.009	€ 80.491	€ 244.764	€ 85.283

Tabel 7. Resultaten per concessiehouder

Om het verband tussen het aantal concessiehouders en het totaal aantal FTE verder te analyseren is een scatterplot gemaakt (zie figuur 3). Hierin is niet te zien dat de fte-inzet samenhangt met het aantal concessiehouders waarmee de zorgaanbieder afspraken heeft.



Figuur 3. Scatterplot aantal concessiehouders afgezet tegen het totaal aantal FTE

Uit de scatterplots bij de verschillende onderwerpen blijkt dat er geen verband tussen het aantal concessiehouders en de fte-inzet is (zie figuur 6, 9, 12 en 15 in de bijlagen). Met name bij het onderwerp zorginkoop was een verband verwacht tussen het aantal concessiehouders en de fte-inzet. Dit komt niet naar voren uit figuur 9 in bijlage 4. Er lijken ook andere factoren een rol te spelen zoals grootte van de zorgaanbieder en mate van automatisering. In de volgende paragraaf wordt hier verder op in gegaan.

4.4 Mate van automatisering

In deze paragraaf wordt aandacht besteed aan de invloed die de mate van automatisering heeft op de tijdbesteding aan de zorgtoewijzing, het inkoopproces en de productie, realisatie & verantwoording.

De materiële controle is hierin niet meegenomen omdat deze werkzaamheden incidenteel en variabel zijn. Deze werkzaamheden zijn vrijwel niet geschikt voor verdergaande automatisering.

Per onderdeel is aan de zorgaanbieders gevraagd om een inschatting te geven van de mate van automatisering. Daarbij is onderscheid gemaakt in de categorieën:

- (vrijwel) niet geautomatiseerd: de verwerking van gegevens vindt (vrijwel) handmatig plaats;
- gedeeltelijk geautomatiseerd: de verwerking van gegevens vindt deels handmatig en deels geautomatiseerd plaats;
- (vrijwel) volledig geautomatiseerd: de verwerking van gegevens vindt met minimale tussenkomst van handmatige acties plaats.

Invloed automatisering op de zorgtoewijzing

Het zorgtoewijzingsproces wordt door 31% van de zorgaanbieders (vrijwel) niet geautomatiseerd uitgevoerd, 38% voert de zorgtoewijzing gedeeltelijk geautomatiseerd door en 31% (vrijwel) volledig geautomatiseerd. Deze percentages geven aan dat de zorgtoewijzing zich in principe leent voor automatisering. Dit is logisch omdat deze processen via de AZR grotendeels gestandaardiseerd zijn en zich daarom beter lenen voor automatisering.

Uit de tijdsbesteding aan de zorgtoewijzing blijkt dat zorgaanbieders die (vrijwel) volledig geautomatiseerd zijn ongeveer 3 keer zoveel FTE's inzetten dan zorgaanbieders die (vrijwel) niet geautomatiseerd zijn. Dit wil niet zeggen dat automatisering leidt tot meer inzet van FTE's, omdat de inzet van FTE's te maken heeft met de omvang van de zorgaanbieders. De zorgaanbieders in het onderzoek die aangeven volledig geautomatiseerd te zijn, zijn veelal de grote instellingen. De tijdsbesteding van zorgtoewijzing is gerelateerd aan het aantal cliënten (zie figuur 5). Grotere zorgaanbieders hebben meer toegewezen cliënten en hebben in principe meer werk aan de zorgtoewijzing. Dat de hogere graad van automatisering voor deze zorgaanbieders niet direct een grote besparing oplevert in FTE's heeft te maken met de tijdsbesteding aan uitzonderingssituaties die moeilijk zijn te automatiseren. De indruk bestaat dat grotere instellingen hier meer last van hebben vanwege het feit dat deze organisaties ook vaak zorg verlenen aan bijzondere cliëntgroepen, die meer uitzonderingssituaties met zich meebrengen. In de verbetervoorstellen van de zorgaanbieders worden enkele suggesties aangedragen om het proces van zorgtoewijzing te vergemakkelijken en mogelijk meer te automatiseren (zie hoofdstuk 5).

Invloed automatisering op zorginkoop

Uit het onderzoek blijkt dat 63% van de zorgaanbieders het zorginkoopproces (vrijwel) niet geautomatiseerd uitvoert. 29% voert het gedeeltelijk geautomatiseerd uit en 7% (vrijwel) volledig geautomatiseerd. Het huidige inkoopproces leent zich minder goed voor volledige automatisering.

De zorgaanbieders die het inkoopproces '(vrijwel) volledig geautomatiseerd' uitvoeren besteden 20% minder FTE's ten opzichte van instellingen die '(vrijwel) niet geautomatiseerd' zijn. Opvallend is dat zorgaanbieders die de zorginkoop gedeeltelijk hebben geautomatiseerd meer FTE's inzetten ten opzichte van (vrijwel) niet geautomatiseerde én (vrijwel) volledig geautomatiseerde zorgaanbieders. Gedeeltelijke automatisering leidt dus niet direct tot efficiencyvoordelen.

Invloed automatisering op productie, realisatie & verantwoording

Het productie- en realisatieproces wordt door 21% van de instellingen (vrijwel) niet geautomatiseerd, 48% voert het proces gedeeltelijk geautomatiseerd uit en 31% vrijwel volledig geautomatiseerd. Deze percentages geven aan dat het proces van productie, realisatie & verantwoording zich leent voor automatisering.

Bij de tijdsbesteding van zorgaanbieders aan de productie, realisatie & verantwoording valt op dat zorgaanbieders die (vrijwel) volledig geautomatiseerd zijn bijna het dubbele aantal FTE's inzetten in vergelijking tot zorgaanbieders die (vrijwel) niet geautomatiseerd zijn. Dit is hetzelfde bij de zorgtoewijzing. De zorgaanbieders in het onderzoek die aangegeven hebben volledig geautomatiseerd te zijn, zijn veelal de grote instellingen (zie figuur 11 voor het verband tussen aantal cliënten en de FTE-inzet).

Vergelijkbaar met de zorgtoewijzing geldt ook hier dat de inzet van FTE's in principe aan de omvang van de organisatie is gerelateerd. Automatisering kan wel wat administratieve last opvangen maar niet de uitzonderingssituaties. Aanbieders zijn bijvoorbeeld veel tijd kwijt met het verwerken van foutcodes. In het hoofdstuk over de verbetervoorstellen van de zorgaanbieders zijn enkele suggesties om de productie, realisatie & verantwoording te verbeteren aangegeven (zie hoofdstuk 6).

4.5 De resultaten op hoofdlijnen

Puntsgewijs zijn de belangrijkste resultaten uit de voorgaande paragrafen:

- Binnen de GZ en V&V is gemiddeld meer FTE belast met structurele informatievragen t.a.v. intramurale zorg van het zorgkantoor, dan bij zorgaanbieders in de GGZ.
- De gemiddelde kosten per FTE zijn in de GGZ beduidend hoger dan in de GZ en de V&V sector.
- De administratieve last die te maken heeft met de zorginkoop en met de productie, realisatie & verantwoording hangt samen met het aantal cliënten.
- De administratieve last op de onderwerpen materiële controle en zorginkoop zijn niet direct afhankelijk van het aantal cliënten. Er is geen direct verband tussen de FTE-inzet en het aantal concessiehouders waarmee de zorgaanbieder te maken heeft.
- Het merendeel van de middelgrote en grote organisaties is (gedeeltelijk) geautomatiseerd op de onderwerpen zorgtoewijzing en productie, realisatie & verantwoording. Op deze terreinen kan de last worden verminderd door het aantal uitzonderingssituaties te reduceren, omdat deze situaties niet eenvoudig zijn te automatiseren. In hoofdstuk 6 zijn hiervoor enkele verbetervoorstellen opgenomen.

De resultaten worden in hoofdstuk 5 geëxtrapoléerd. Er wordt berekend wat de landelijke administratieve lasten zijn die voortkomen uit structurele informatie uitvragen van de zorgkantoren ten aanzien van de intramurale zorg.

5. Extrapolatie

5.1 Extrapolatie onderzoeksgegevens

In deze paragraaf worden de gegevens uit de steekproef geëxtrapoleerd naar landelijke gegevens. Omdat de zorgtoewijzing en productie, realisatie & verantwoording afhankelijk zijn van het aantal cliënten wordt dit gegeven gebruikt bij de extrapolatie. Voor zorginkoop en materiële controle wordt geëxtrapoleerd op basis van het aantal zorgaanbieders. Er is geen verband gevonden met het aantal cliënten en/of het aantal concessiehouders waar de zorgaanbieder afspraken mee heeft. Samengevat ziet de extrapolatie er als volgt uit:

- zorgtoewijzing: extrapolatie op basis van aantal cliënten;
- zorginkoop: extrapolatie op basis van aantal zorgaanbieders;
- productie, realisatie & verantwoording: extrapolatie op basis van aantal cliënten;
- materiële controle: extrapolatie op basis van aantal zorgaanbieders.

Ieder onderdeel wordt toegelicht en de resultaten worden aangegeven. Vervolgens worden de afzonderlijke onderdelen gesommeerd tot een totale landelijke administratieve last.

Bij de onderwerpen zorgtoewijzing en productie, realisatie & verantwoording zijn de resultaten van het aantal zorgaanbieders in de steekproef (54) vertaald naar het aantal cliënten.

In totaal zijn 35.773 cliënten in de steekproef opgenomen. Deze gegevens zijn geëxtrapoleerd naar landelijk (landelijk zijn er 255.825 cliënten⁵). Hierbij is rekening gehouden met de resultaten per sector.

Bij de onderwerpen zorginkoop en materiële controle zijn de resultaten van het aantal zorgaanbieders in de steekproef (54) geëxtrapoleerd naar landelijk (732 zorgaanbieders). Hierbij is rekening gehouden met de resultaten per sector.

Zorgtoewijzing: extrapolatie op basis van aantal cliënten

In tabel 8 zijn de resultaten opgenomen waaruit blijkt dat zorgaanbieders landelijk ruim 44 miljoen euro besteden aan structurele informatie uitvragen van het zorgkantoor op het gebied van zorgtoewijzing.

Sector	Totaal aantal FTE	Totale kosten (laag)	Totale kosten (hoog)
V&V	497	€ 30.212.599	€ 32.306.211
GZ	146	€ 9.560.540	€ 10.021.248
GGZ	37	€ 1.978.825	€ 2.113.126
Totaal	680	€ 41.751.965	€ 44.440.585

Tabel 8. Zorgtoewijzing: extrapolatie op basis van aantal cliënten

⁵ Gebaseerd op 'Referentiecijfers landelijk ZPP-score november 2006-januari 2007' (kenmerk MK/07/1429/imz).

Zorginkoop: extrapolatie op basis van aantal zorgaanbieders

In tabel 9 zijn de resultaten aangegeven. Hieruit blijkt dat zorgaanbieders landelijk ruim 49 miljoen euro besteden aan structurele informatie uitvragen van het zorgkantoor op het gebied van inkoop.

Sector	Totaal aantal FTE	Totale kosten (laag)	Totale kosten (hoog)
V&V	228	€ 29.299.870	€ 31.638.580
GZ	100	€ 10.400.682	€ 10.835.056
GGZ	44	€ 6.823.257	€ 7.238.402
Totaal	372	€ 46.523.809	€ 49.712.037

Tabel 9. Zorginkoop: extrapolatie op basis van aantal zorgaanbieders

Productie, realisatie & verantwoording: extrapolatie op basis van aantal cliënten

Uit tabel 10 blijkt dat zorgaanbieders landelijk ruim 23 miljoen euro besteden aan structurele informatie uitvragen van het zorgkantoor op het gebied van productie, realisatie & verantwoording.

Sector	Totaal aantal FTE	Totale kosten (laag)	Totale kosten (hoog)
V&V	165	€ 15.849.595	€ 16.994.461
GZ	67	€ 5.370.946	€ 5.610.299
GGZ	18	€ 1.073.212	€ 1.143.590
Totaal	249	€ 22.293.753	€ 23.748.350

Tabel 10. Productie, realisatie & verantwoording: extrapolatie op basis van aantal cliënten

Materiële controle: extrapolatie op basis van aantal zorgaanbieders

Uit tabel 11 blijkt dat zorgaanbieders ruim 8 miljoen euro besteden aan de materiële controle.

Sector	Totaal aantal FTE	Totale kosten (laag)	Totale kosten (hoog)
V&V	32	€ 2.507.191	€ 2.649.835
GZ	31	€ 2.612.566	€ 2.720.412
GGZ	18	€ 2.636.258	€ 2.804.514
Totaal	82	€ 7.756.015	€ 8.174.761

Tabel 11. Materiële controle: extrapolatie op basis van aantal zorgaanbieders

Totale extrapolatie

In tabel 12 zijn de resultaten van de afzonderlijke onderwerpen bij elkaar opgeteld. Op basis van de gegevens uit dit onderzoek blijkt dat zorgaanbieders landelijk ruim 126 miljoen euro besteden aan structurele informatie uitvragen van het zorgkantoor. Hier zijn 1.383 FTE's bij betrokken.

Sector	Totaal aantal FTE	Totale kosten (laag)	Totale kosten (hoog)
V&V	923	€ 77.869.255	€ 83.589.087
GZ	344	€ 27.944.734	€ 29.187.015
GGZ	116	€ 12.511.553	€ 13.299.632
Totaal	1.383	€ 118.325.542	€ 126.075.734

Tabel 12. Totale extrapolatie

Uitgesplitst naar de verschillende thema's komt de volgende verdeling naar voren:

- **Zorgtoewijzing:** ruim 44 miljoen euro voor 680 FTE
- **Zorginkoop:** ruim 49 miljoen euro voor 372 FTE
- **Productie, realisatie & verantwoording:** ruim 23 miljoen euro voor 249 FTE
- **Materiële controle:** ruim 8 miljoen euro voor 82 FTE

De kosten voor de zorginkoop zijn hoger dan deze bij de zorgtoewijzing, terwijl het aantal FTE's lager is. Dit komt doordat de meest ingezette FWG schaal bij zorginkoop schaal 60 is. De meest ingezette FWG schaal bij zorgtoewijzing is schaal 35.

Op basis van de gegevens uit het onderzoek wordt geconcludeerd dat zorgaanbieders landelijk ruim 126 miljoen euro besteden aan structurele informatie uitvragen van het zorgkantoor. Hier zijn 1.383 FTE's bij betrokken. Dit is op basis van 732 aanbieders een gemiddelde van 1,89 FTE per zorgaanbieder. Dit is minder dan het eerder genoemde gemiddelde van 2,87 FTE per zorgaanbieder. Dit komt omdat in het onderzoek het aantal grote zorgaanbieders oververtegenwoordigd is. Bij de extrapolatie is een correctie toegepast voor twee onderdelen die sterk samenhangen met het cliëntenaantal: zorgtoewijzing en productie, realisatie & verantwoording. Hierdoor komt het landelijk geëxtrapoleerde gemiddelde lager uit ten opzichte van de zorgaanbieders in het onderzoek.

5.2 De onderzoeksresultaten in perspectief

In deze paragraaf worden de gepresenteerde cijfers in perspectief geplaatst. Hoe moeten de weergegeven cijfers worden beoordeeld? Hebben zorgaanbieders veel administratieve lasten of valt dit mee? Om hier een inschatting van te maken is het van belang om eerst de afbakening van het onderzoek in oenschouw te nemen:

- Het onderzoek richt zich alleen op de administratieve last van intramurale zorgaanbieders in de V&V, GZ en GGZ;
- Onder de administratieve last verstaan we in het kader van dit onderzoek de structurele tijdbesteding en kosten van zorgaanbieders als gevolg van het voorbereiden, verzamelen en uitleveren van informatie voor concessiehouders gericht op de zorgtoewijzing, inkoop, productie, realisatie & verantwoording en materiële controle.

Dit betekent dat zorgaanbieders in totaal meer FTE's voor administratieve werkzaamheden inzetten

dan in dit rapport genoemd. Aanvullend op de in kaart gebrachte werkzaamheden verrichten zorgaanbieders administratieve handelingen voor bijvoorbeeld het leveren van extramurale zorg en het aanleveren van informatie aan andere partijen, zoals de Inspectie, Zichtbare zorg en het CAK. Dit betreffen dan bijvoorbeeld de prestatie-indicatoren, het jaardocument maatschappelijke verantwoording, et cetera. Aangezien de informatievoorziening aan deze partijen afwijkt van de aanlevering aan de zorgkantoren leidt dit tot een verdere verhoging van de administratieve lasten.

Op basis van de resultaten van FTE-inzet die is gemoeid met de intramurale zorg is in de volgende tabel een schatting gemaakt van de FTE-inzet voor de extramurale zorg. Bij deze schatting is ervan uitgegaan dat de tijdbesteding voor de inkoop en materiële controle vergelijkbaar is voor intramuraal en extramuraal, omdat dit op instellingsniveau plaatsvindt. Omdat de onderdelen zorgtoewijzing en productie, realisatie & verantwoording sterk samenhangen met het aantal cliënten, is gebruik gemaakt van de jaarcijfers van het CIZ (beleidsmonitor 1^e halfjaar 2010). De verhouding tussen het aantal positieve indicaties intramuraal (ca. 250.000 per jaar) en extramuraal (ca. 660.000 per jaar) is gebruikt om een schatting te maken van het aantal FTE's dat betrokken is bij de informatie uitvraag van extramurale cliënten.

	FTE (intra)	FTE (extra)	FTE (intra+extra)	Kosten (intra)	Kosten (extra)	Kosten (intra+extra)
Zorgtoewijzing	0,93	2,45	3,38	€ 44.440.585	€ 117.323.144	€ 161.763.729
Zorginkoop	0,51	0,51	1,02	€ 49.712.037	€ 67.176.363	€ 116.888.400
Productie, realisatie & verantwoording	0,34	0,90	1,23	€ 23.748.350	€ 62.695.644	€ 86.443.994
Materiële controle	0,11	0,11	0,22	€ 8.174.761	€ 11.610.600	€ 19.785.361
Totaal	1,89	3,97	5,85	€ 126.075.733	€ 258.805.751	€ 384.881.484

Tabel 13. Intramurale en extramurale lasten in FTE per organisatie en totale landelijke kosten

Uit bovenstaande tabel blijkt dat de administratieve last van intramuraal en extramuraal ongeveer 385 miljoen euro bedraagt. Om te bepalen of dit veel of weinig is wordt verwezen naar het rapport 'Meer tijd voor de cliënt' (Plexus, november 2010). Hierin staat vermeld, dat de totale administratieve lasten voor zorginstellingen en verzekeraars tijdens een nulmeting in 2007 zijn begroot op 452 miljoen euro, waarbij een belangrijk deel voortkomt uit wet -en regelgeving van VWS: 195 miljoen euro.

6. Verbetervoorstellen

In dit hoofdstuk wordt een aantal voorstellen aangegeven waarmee de administratieve last kan worden verminderd. Hierbij is gebruik gemaakt van de voorstellen die zorgaanbieders hebben aangedragen in de vragenlijst en expertise van de onderzoekers. Er wordt begonnen met enkele algemene opmerkingen waarna de verbetervoorstellen met betrekking tot de volgende onderwerpen worden beschreven:

1. zorgtoewijzing;
2. zorginkoop;
3. productie, realisatie & verantwoording;
4. materiële controle.

Het hoofdstuk wordt afgesloten met de uitwerking van de mogelijke financiële besparing.

6.1 Algemeen

Onder het onderwerp zorgtoewijzing hebben de zorgaanbieders de meeste verbeterpunten aangedragen. Op het onderwerp materiële controle het minst. Dit komt overeen met de administratieve lasten op deze onderwerpen. Het onderwerp zorgtoewijzing omvat de meeste FTE-inzet bij de zorgaanbieders en de materiële controle de minste (zie hoofdstuk 4, tabel 3).

Voordat wordt ingegaan op de verbetervoorstellen per onderwerp zijn eerst enkele algemene opmerkingen van zorgaanbieders opgenomen. Algemene onderwerpen zijn verbeterpunten die zorgaanbieders onder meerdere onderwerpen hebben genoemd en/of algemeen van aard zijn.

Enkele algemene citaten van zorgaanbieders

“Minder verantwoord en meer vertrouwen...”

“Continue wijzigingen in beleid vragen veel tijd en administratieve last”

“Regels minder snel veranderen, waardoor het automatiseringssysteem minder vaak hoeft te worden aangepast”

“Er verandert ieder jaar wel iets. Ieder jaar zijn er nieuwe regels. Meer continuïteit.”

“Niet te vaak van AZR versie wijzigen”

“...dat BJZ ook eens meedoet”

“..Zeer relevant: WMO zorgtoewijzing door gemeenten via AZR”

“PGB afgegeven indicatie die geleverd worden door instelling zichtbaar maken voor instelling in AZR”

De algemene onderwerpen hebben betrekking op de volgende thema's:

- frequentie van verandering;
- uitzonderingssituaties.

Onder de diverse onderwerpen hebben zorgaanbieders aangegeven dat de wijzigingen in beleid en regelgeving veel tijd kosten en leiden tot administratieve lasten. Het is van belang dat de overheid zich ervan bewust is dat elke wijziging een impact heeft op de bedrijfsvoering van een organisatie. Wijzigingen in bijvoorbeeld de AZR releases hebben een grote impact op bestaande software-systemen en beïnvloeden bestaande werkwijzen en processen. Dit resulteert direct in administratieve lasten bij zorgaanbieders.

Daarnaast hebben enkele aanbieders aangegeven dat zij de gegevensuitwisseling zoveel mogelijk via een uniform systeem willen laten plaatsvinden. Als voorbeelden zijn genoemd dat AZR ook moet worden gebruikt door Bureau Jeugdzorg en voor het persoonsgebonden budget (PGB). Voor deze gegevensuitwisseling bestaan op dit moment nog uitzonderingssituaties, die als last worden ervaren.

Een ander belangrijk punt dat een zorgaanbieder heeft aangedragen heeft betrekking op de overheveling van begeleiding vanuit de AWBZ naar de Wmo. De zorgaanbieder geeft aan dat het van groot belang is dat de gegevensstromen rondom de Wmo gestandaardiseerd gaan verlopen. Zorgaanbieders geven aan dat ze dit vanuit bestaande systemen (AZR) zouden kunnen. Dit om de administratieve lasten in de toekomst niet te vergroten. Uitdaging hierbij is wel om het zo eenvoudig mogelijk te houden.

6.2 Zorgtoewijzing

Onder het onderwerp zorgtoewijzing hebben zorgaanbieders diverse verbeteringen geformuleerd. Door de verbetering en/of standaardisatie van de geldigheid indicaties en optimalisatie AZR kunnen de administratieve lasten worden verminderd.

Geldigheid indicaties

Diverse zorgaanbieders hebben aspecten aangedragen rondom indicatiestelling die leiden tot een vermindering van administratieve lasten. Hierbij speelt met name het verlengen van de geldigheid van indicaties.

Enkele citaten van zorgaanbieders over indicatiestelling

“Indicaties langer geldig laten zijn in chronische situaties”

“Herindicaties automatisch verlengen in chronische situaties”

“Inschatting en beslissingsbevoegdheid van zorgzwaarte meer bij zorgaanbieder leggen”

Met dit verbeteronderwerp zijn inmiddels bij het CIZ stappen gemaakt. Per 18 april 2011 kan een cliënt met een stabiele zorgvraag een indicatiebesluit krijgen met een geldigheidstermijn van maximaal 15 jaar. Voorheen was de maximale termijn 5 jaar. Ook is met ingang van 2010 het taakmandaat gestart. Alle zorgaanbieders kunnen hiermee voor bepaalde cliëntgroepen onder voorwaarden zelf aan het CIZ een advies over herindicaties afgeven. Een vereenvoudiging van de indicatiestelling wordt eveneens bereikt doordat mensen van 80 jaar en ouder met een aanvraag voor verblijf alleen nog maar door het CIZ hoeven te worden geregistreerd. De zorgaanbieders krijgen vanaf 1 oktober 2011 de mogelijkheid om aan te geven of voor een cliënt verblijf moet worden geïndiceerd en welke zorgzwaarte hier bij hoort. Al met al diverse ontwikkelingen waarmee gewerkt wordt aan een vereenvoudiging van de indicatiestelling.

Optimalisatie AZR

Veel zorgaanbieders hebben aspecten aangedragen rondom de optimalisatie van de AZR. De volgende verbeteringen zijn mogelijk:

- vereenvoudigen systematiek rondom AGB codes;
- verdere automatisering van het berichtenverkeer;
- verbeteren van wachtlijstbeheer;
- verbeteren van het bovenregionale berichtenverkeer.

Enkele citaten van zorgaanbieders over optimalisatie van AZR

“Meerdere AGB codes per instelling leidt tot fouten bij MAZ en MUT”

“Geen schaduwwachlijsten (aanmeldingen zonder zorgtoewijzing)”

“Opheffen AZR wachtlijstcontroles”

“Eén AGB code per instelling is wenselijk, voor alle zorg, ongeacht of het intramuraal of extramuraal is”

“Minder verschillen in administratieve systemen waar zorgkantoren mee werken”

“Elektronische communicatie met AZR verbeteren. Nu moet je per stroom elektronisch bestanden uploaden, zeer intensief en foutgevoelig”

“Volledig geautomatiseerde berichtenuitwisseling mogelijk met alle zorgkantoren”

“Verbeteren samenwerking en afstemming tussen verschillende zorgkantoren omtrent bovenregionale zorgtoewijzing”

“Geen informatie uitwisseling meer buiten AZR om”

Op het gebied van de zorgtoewijzing hebben zorgaanbieders aangegeven dat de concessiehouders hier verschillend mee omgaan. De zorgtoewijzing gebeurt altijd op AGB code niveau, echter een AGB code is in sommige gevallen een product, in andere gevallen een afdeling of een locatie. Dit betekent in de praktijk dat één cliënt toegewezen kan worden aan meerdere AGB codes. Op iedere zorgtoewijzing dient de zorgaanbieder een melding aanvang zorg (MAZ) te versturen. Dit betekent dat hoe lager het detailniveau van de AGB code (veel codes), dit leidt tot veel meldingen aanvang zorg (MAZ) die verstuurd moeten worden, en dus tot een hogere administratieve last.

Zorgaanbieders geven aan dat het berichtenverkeer nog verder geautomatiseerd kan worden. Dit wil zeggen dat zorgaanbieders mogelijkheden zien om menselijke handelingen rondom het AZR berichtenverkeer te vervangen door computers, waardoor de administratieve lasten afnemen.

Op het gebied van wachtlijstbeheer hebben diverse zorgaanbieders verbeteringen genoemd. Concessiehouders gaan verschillend om met het wachtlijstbeheer. Eén van de doelstellingen van AZR 3.0 (1 augustus 2011) is het verbeteren van het wachtlijstbeheer. De zorgaanbieder moet namelijk in AZR 3.0 met de melding aanvang zorg een status meesturen. Hiermee kan de zorgaanbieder aangeven of de cliënt actief wachtend is, slapend wachtend of al in zorg is. Uniform en eenduidig wachtlijstbeheer kan de administratieve lasten verminderen.

Daarnaast hebben enkele zorgaanbieders aangegeven dat het bovenregionale berichtenverkeer verbeterd kan worden. Zorgaanbieders geven aan dat concessiehouders verschillend omgaan met bovenregionaal berichtenverkeer. Een enkele zorgaanbieder geeft aan dat het bovenregionale berichtenverkeer afgeschaft moet worden.

Het doel van de AZR is het ondersteunen van een snelle en efficiënte inzet van zorg en bijdragen aan een afname van administratieve lasten⁶. Door bovenstaande thema's verdere invulling te geven is het mogelijk een verdere bijdrage te leveren aan de doelstelling van de AZR. Zorgaanbieders geven aan dat het van belang is dat hierbij een goede aansluiting met de praktijk wordt gezocht, waarbij niet altijd moet worden gezocht naar strengere regels.

⁶ Bron: www.zorgregistratie.nl

6.3 Zorginkoop

Onder het onderwerp zorgtoewijzing hebben zorgaanbieders op de volgende thema's aangegeven of een criterium wel of niet zinvol is en of het relatief veel of weinig tijd kost:

- beschikbaarheid en toegankelijkheid;
- doelgroepen en ketens;
- kwaliteit van zorg;
- managementinformatie/administratieve organisatie;
- prijs en doelmatigheid;
- klantgerichtheid.

Deze informatie is gebruikt om in paragraaf 6.3.1 aan te geven welke elementen in een standaard kunnen worden opgenomen. In paragraaf 6.3.2 wordt ingegaan op enkele verbetervoorstellen voor de zorginkoop.

6.3.1 Elementen voor een standaardset zorginkoop

In bijlage 8 zijn alle criteria weergegeven. Om een standaardset voor de zorginkoop te ontwikkelen is uitgegaan van de criteria die zinvol zijn (lichtgroen en donkergroen). Van de criteria die zinvol zijn en veel tijd kosten (donkergroen) is het van belang om na te gaan of standaardisatie/vereenvoudiging mogelijk is. Van de criteria waar de respons te laag is (grijs), is het noodzakelijk dat er een discussie plaatsvindt met de betrokken partijen over de zinvolheid van het criterium. Op grond daarvan kan bepaald worden of het criterium onderdeel moet uitmaken van de standaardset. Voorgesteld wordt om de criteria die de zorgaanbieder niet zinvol acht (licht en donker oranje) niet op te nemen in de standaardset.

Onderstaand is de standaard indicatorenset opgenomen:

Standaard indicatorenset

Beschikbaarheid en toegankelijkheid

- wachtlijsten

Doelgroepen en ketens

- stimuleren van vermaatschappelijking
- deelname aan ketens

Kwaliteit van zorg

- uniform zorgleefplan
- kwaliteitssysteem
- kwaliteitsindicatoren
- beleid vrijwilligers mantelzorgers
- medewerkertevredenheid
- non fixatie/sedatie beleid
- scholing personeel voor specifieke zorg
- innovatieprojecten

Managementinformatie/administratieve organisatie

- voldoen aan administratieve vereisten
- beschikken over een AZR-code
- actuele informatie over het zorgaanbod

Prijs en Doelmatigheid

- resultaatafspraken

Klantgerichtheid

- uitkomsten van cliënt waarderingsonderzoek
- betrokkenheid cliëntenraad

Door elk thema worden de onderwerpen toegelicht en beschreven die onderdeel uit kunnen maken van de standaardset en waarover nog discussie plaats moet vinden.

Beschikbaarheid en toegankelijkheid

In de inkoopdocumenten van alle concessiehouders zijn acht verschillende criteria opgenomen die betrekking hebben op het thema “beschikbaarheid en toegankelijkheid”. Vier zijn door minimaal 5 zorgaanbieders beoordeeld (zie bijlage 8). Uit de reacties van de zorgaanbieders blijkt dat zij het volgende onderdeel zinvol achten voor de zorginkoop:

1. Wachlijsten

De zorgaanbieders geven aan dat het aanleveren van wachtlijstinformatie nu relatief veel tijd kost. Het standaardiseren en/of vereenvoudigen van de informatievraag rondom wachtlijsten zal een vermindering van de administratieve last opleveren.

Onderwerpen die wel aan bod komen in inkoopdocumenten, maar waarop de respons te laag was om een conclusie op te baseren zijn:

- elementen van wachtlijsten, zoals treeknormen en wachtlijsten per cliëntgroepen;
- zorgaanbod voor specifieke groepen, zoals autisten.

Over deze criteria moet nog een discussie plaatsvinden over de zinvolheid voor het beoordelen van zorginstellingen.

Doelgroepen en ketens

In de inkoopdocumenten van alle concessiehouders zijn negen verschillende criteria opgenomen die betrekking hebben op het thema “doelgroepen en ketens”. De zorgaanbieders hebben van twee van deze criteria aangegeven in hoeverre de criteria zinvol zijn voor het beoordelen van de bedrijfsvoering van zorginstellingen. Uit bijlage 7 blijkt dat criteria die betrekking hebben op de volgende onderdelen zinvol worden geacht:

2. *Stimuleren van vermaatschappelijking.*
3. *Deelname aan ketens.*

Voor beide criteria geldt dat de gegevensaanlevering relatief veel tijd kost. Bekeken moet worden op welke wijze daarin een verbetering kan worden aangebracht.

Criteria die door te weinig geënquêteerden zijn beoordeeld en waar nog een discussie over moet plaatsvinden hebben te maken met de volgende onderwerpen:

- realisatie van een geïntegreerd zorgaanbod voor bepaalde cliëntgroepen;
- samenwerkingsovereenkomsten;
- overbruggingszorg.

Kwaliteit van zorg

In de inkoopdocumenten van alle concessiehouders zijn 37 verschillende criteria opgenomen die betrekking hebben op het thema “kwaliteit”. De geënquêteerde zorgaanbieders hebben van 17 van deze criteria aangegeven in hoeverre de criteria zinvol zijn voor het beoordelen van de bedrijfsvoering van zorginstellingen. Uit bijlage 7 blijkt dat 15 van de beoordeelde criteria zinvol worden geacht. Deze criteria hebben betrekking op de volgende onderwerpen:

4. *uniform zorgleefplan;*
5. *kwaliteitssysteem;*
6. *kwaliteitsindicatoren;*
7. *beleid vrijwilligers mantelzorgers;*
8. *medewerkertevredenheid;*
9. *non fixatie/sedatie beleid;*
10. *scholing personeel voor specifieke zorg;*
11. *innovatieprojecten.*

Voor de onderwerpen medewerkertevredenheid, non fixatie beleid en scholing personeel geldt dat dit relatief weinig tijd kost. Voor de overige onderwerpen geldt dat het relatief veel tijd kost om de gevraagde gegevens op te leveren. Standaardisatie/vereenvoudiging van indicatoren voor kwaliteit van zorg kan tot een sterke vermindering van de administratieve last leiden.

De criteria die te maken hebben met het zorgleefplan lopen inhoudelijk sterk uiteen. Elementen die aan bod komen zijn:

- inhoud;
- taakverdeling;
- wijze van opstellen (regie van de cliënt);
- evaluatie.

Een deel van de criteria is door onvoldoende respondenten beoordeeld. Over deze criteria moet nog een discussie plaatsvinden over de zinvolheid voor het beoordelen van zorginstellingen. Op het onderwerp veilige zorg moet een discussie plaatsvinden over de volgende elementen:

- valpreventie;
- medicatieveiligheid.

Andere onderwerpen die nog bediscussieerd moeten worden zijn:

- score op de indicatoren betreffende normen voor verantwoorde zorg en publicatie hiervan;
- IGZ beoordelingen;
- evidence based practice;
- inzet functieniveau;
- beperken van het aantal zorgmomenten (zoveel mogelijk handelingen in één keer doen);
- inzet wijkverpleegkundige en casemanagers;
- crisisopvang/besloten opvang;
- aandacht voor welzijnsaspecten:
 - ontspanningsactiviteiten
 - beweging
 - geestelijke verzorging

Managementinformatie/administratieve organisatie

In de inkoopdocumenten van alle concessiehouders zijn negen verschillende criteria opgenomen die betrekking hebben op het thema "Managementinformatie/administratieve organisatie".

De zorgaanbieders hebben van drie van deze criteria aangegeven in hoeverre de criteria zinvol zijn voor het beoordelen van de bedrijfsvoering van zorginstellingen. Uit bijlage 7 blijkt dat alle drie beoordeelde criteria zinvol worden geacht. Zinvolle onderdelen van Managementinformatie/administratieve organisatie zijn:

12. *voldoen aan administratieve vereisten;*
13. *beschikken over een AZR-code;*
14. *actuele informatie over het zorgaanbod.*

Het voldoen aan de administratieve eisen en het beschikken over een AZR-code blijkt echter wel veel tijd te kosten. Goede afspraken op dit punt leiden tot een vermindering van de administratieve last.

De criteria die door onvoldoende respondenten beoordeeld zijn en waar nog een discussie over moet plaatsvinden zijn:

- budgetformulieren;
- nacalculatie;
- maandelijkse productiegegevens;
- jaardocumenten;
- aanvang en beëindiging van zorg;
- mutaties;
- visie op zorg;
- AO/IC.

Prijs en Doelmatigheid

In de inkoopdocumenten van alle concessiehouders zijn 15 verschillende criteria opgenomen die betrekking hebben op het thema “Prijs en Doelmatigheid”. De zorgaanbieders hebben van zes van deze criteria aangegeven in hoeverre de criteria zinvol zijn voor het beoordelen van de bedrijfsvoering van zorginstellingen. Uit bijlage 7 blijkt dat één van de beoordeelde criteria zinvol wordt geacht en betrekking heeft op het volgende onderwerp:

15. *resultaatafspraken*
16. *doelmatigheidsinitiatieven*

Zorgaanbieders verschillen van mening over de mate waarin het voldoen aan deze criteria tijd kost.

Criteria waar nog een discussie over moet plaatsvinden zijn:

- onrendabele lijnen;
- stimuleren netwerk cliënt;
- doorstroom.

Klantgerichtheid

In de inkoopdocumenten van alle concessiehouders zijn 18 verschillende criteria opgenomen die betrekking hebben op het thema “Prijs en Doelmatigheid”. De zorgaanbieders hebben van 14 van deze criteria aangegeven in hoeverre de criteria zinvol zijn voor het beoordelen van de bedrijfsvoering van zorginstellingen. Uit bijlage 7 blijkt dat 11 van de beoordeelde criteria zinvol worden geacht. Zinnige onderdelen van klantgerichtheid zijn:

17. *uitkomsten van cliënt waarderingsonderzoek;*
18. *betrokkenheid cliëntenraad.*

Het leveren van de gegevens die te maken hebben met cliënt waarderingsonderzoek kost over het algemeen relatief veel tijd. De invulling die is gegeven aan criteria over de betrokkenheid van de cliëntenraad verschilt tussen concessiehouders. Standaardisatie op dit punt kan leiden tot administratieve lasten verlichting. De relatieve hoeveelheid tijd die het instellingen kost om de gewenste gegevens te leveren verschilt.

Criteria waar nog een discussie over moet plaatsvinden zijn:

- wetenschappelijk onderzoek;
- klantgerichtheid: algemene voorwaarde voor zorg.

Aanvullende inkoopcriteria

Aan de geënuquêteerden is gevraagd of er naast de criteria in de vragenlijst nog andere inkoopcriteria bestaan. Er zijn geen onderwerpen die door meerdere geënuquêteerden zijn genoemd.

Outcome criteria

Bij het doornemen van de inkoopcriteria valt het op dat vrijwel alle criteria gericht zijn op de beoordeling van de structuur of het proces van zorgverlening. Criteria die gericht zijn op het beoordelen van de uitkomsten van de zorgverlening ontbreken vrijwel volledig. In het voorgaande onderzoek (Werken met ZZP's zorgkantoren) is door ZN aangegeven dat men bezig is met het ontwikkelen van een indicatorenset die meer outcome gericht is.

Bij het ontwikkelen van een standaard indicatorenset zou het uitgangspunt moeten zijn om waar mogelijk criteria op te stellen die gericht zijn op het meten van uitkomsten van zorgverlening. Dit maakt het mogelijk om resultaatafspraken te maken. Het maken van resultaatafspraken en het beoordelen van resultaten past binnen het systeem van prestatiebekostiging.

6.3.2 Verbetersuggesties inkoop

Naast het beoordelen van de bestaande criteria is aan de zorgaanbieders gevraagd om suggesties aan te dragen ter vermindering van de administratieve last.

Enkele citaten van zorgaanbieders over inkoop

“Criteria van de verschillende zorgkantoren gelijk trekken, meer geüniformeerd”

“Eenduidig inkoopbeleid van verzekeraars: zorginkoop plan, contract, prijs/gunningscriteria uitgezonderd bijzondere doelgroepen/regionale afwijkingen”

“Systeem geldend voor heel Nederland en niet elk zorgkantoor een ander beleid”

“Integratie van offerte zorgkantoor met budget bij Nza”

“Bewijslast ligt bij zorgaanbieders, concessiehouders kunnen dat ook zelf. Waarom moet het zoveel tijd kosten als de concessiehouders de gegevens zelf hebben?”

“Consistent inkoopbeleid en niet jaarlijks die enorme veranderingen. Ook instellingen maken meerjarenplannen...”

“Het inkoopproces afstemmen op vertrouwen in plaats van wantrouwen”

“Tekst verkorten. Meer puntsgewijze opstelling van basispercentage en bonusitems geven”

“Het principe van indicatie--bandbreedte--afoming--doelmatigheid--productieplafond--regioruimte, reduceren tot een zakje geld per cliënt”

De verbetersuggesties die de zorgaanbieders noemen hebben betrekking op de volgende onderwerpen:

- uniformering inkoop;
- hergebruik van gegevens;
- meerjarige afspraken maken;
- inkorten van inkoopdocumenten;
- high trust high penalty.

Uniformering inkoop

De zorgaanbieders geven aan dat de administratieve last vermindert als de zorginkoop van de verschillende concessiehouders en zorgkantoren wordt geüniformeerd. Deze uniformering heeft zowel betrekking op het proces (wanneer moeten welke gegevens aangeleverd worden), als op de inhoud van het beleid (de inkoopcriteria en de gehanteerde gegevensformats).

Hergebruik van gegevens

De zorgaanbieders geven aan dat er soms aparte informatie op wordt gevraagd die al eerder is opgevraagd of die in reeds geleverde informatie terug te vinden is. Een voorbeeld dat wordt gegeven heeft betrekking op de gegevens die aan de Nza aangeleverd moeten worden. Deze informatie komt grotendeels overeen met de offerte voor het zorgkantoor, maar moet twee keer in een net iets ander format worden opgeleverd. Daarnaast wordt als voorbeeld genoemd het jaarlijks op moeten leveren van bewijsstukken die niet jaarlijks wijzigen. Reeds bestaande gegevens hergebruiken in plaats van opnieuw opvragen leidt tot een reductie van de administratieve last.

Meerjarige afspraken maken

Jaarlijks worden op veel verschillende onderwerpen afspraken gemaakt tussen de zorgkantoren en de zorgaanbieders. Het doornemen van de inkoopdocumenten met daarin nieuwe criteria en de afstemming daarover kost jaarlijks veel tijd. Door meerjarenafspraken op een groot deel van de onderwerpen kan de jaarlijkse afstemming sterk worden beperkt. Daarnaast kost het organiseren en aanleveren van nieuwe informatie voor nieuwe inkoopcriteria de zorgaanbieders relatief veel tijd. Door bijvoorbeeld één keer in de vier jaar de benodigde informatie vast te stellen kan de administratieve last die gepaard gaat met het organiseren van nieuwe typen van informatie sterk verminderen.

Inkorten van inkoopdocumenten

De inkoopdocumenten van concessiehouders zijn lijvige stukken. Het doornemen van de stukken kost relatief veel tijd. Met name voor zorgaanbieders die in verschillende regio's en sectoren werken. Het standaardiseren van het inkoopproces en het maken van meerjarige afspraken leidt direct tot kortere inkoopdocumenten, omdat de inhoud van de documenten minder zal verschillen tussen de concessiehouders en over de jaren.

High trust high penalty

De instellingen moeten veel informatie leveren aan de zorgkantoren om te bewijzen dat zij voldoen aan de gestelde criteria en de gemaakte afspraken nakomen. In de programmabrief langdurige zorg van de staatssecretaris⁷ geeft zij aan dat het voor de zorg goed zou zijn wanneer er meer wordt gewerkt volgens het principe high trust high penalty. Hierbij wordt uitgegaan van vertrouwen in plaats van wantrouwen met alle controle en rapportages. Indien het misgaat wordt er stevig ingegrepen. Zorgaanbieders ondersteunen dit principe, dat kan leiden tot een sterke vermindering van administratieve lasten. Dit sluit aan bij de rijksbrede doelstelling dat zorgverleners hun vak terugkrijgen zonder overbodige administratieve belasting.

⁷ Programmabrief langdurige zorg (DLZ/KZ-U-3067294), Mw. drs. M.L.L.E. Veldhuijzen van Zanten-Hyllner
Op weg naar minder administratieve lasten
29 november 2011

6.4 Productie, realisatie & verantwoording

Onder productie, realisatie & verantwoording hebben zorgaanbieders diverse verbeteringen geformuleerd. Op basis van deze gegevens zijn de volgende onderwerpen geformuleerd waar verbetering en/of standaardisatie mogelijk is.

Afschaffen productie realisatie format

Veel zorgaanbieders hebben aspecten aangedragen rondom het productie-realisatie format (ook wel productiemonitor genoemd), namelijk:

- het productie-realisatie format dat zorgaanbieders periodiek (maandelijks of vier wekelijks) moeten aanleveren aan het zorgkantoor verschilt tussen de concessiehouders;
- in enkele gevallen verschilt het moment waarop het productie-realisatie format aangeleverd moet worden bij het zorgkantoor.

Beide aspecten leiden, met name bij zorgaanbieders die te maken hebben met meerdere concessiehouders, tot administratieve lasten.

Op dit moment wordt het productie-realisatie format nog naast de AW319 (declaratiebericht op cliëntniveau) gebruikt. Zorgaanbieders geven aan dat de AW319 dusdanig verbeterd moet worden dat de productiemonitor afgeschaft kan worden. Nader onderzoek is noodzakelijk om te kijken wat hierin de mogelijkheden zijn.

Enkele citaten van zorgaanbieders over afschaffing van de productiemonitor

“Stoppen met productiemonitor en uitsluitend declareren via de AW319”

“Afschaffen productiemonitor in verband met totale AWBZ declaratie”

“Het verwerken van de foutcodes van de AW319 kost veel werk, het aantal foutcodes moet beperkt worden”

Gebruik AW319 voor meerdere doeleinden

Diverse keren hebben zorgaanbieders aangegeven dat de AW319 (declaratie op cliëntniveau) de administratieve lasten op andere onderwerpen omtrent productie, realisatie & verantwoording kan verminderen. Als het proces van de AW319 optimaal verloopt dan zijn andere informatie uitvragen overbodig/kunnen gebaseerd worden op de AW319, zoals:

- het berichtenverkeer met het CAK;
- nacalculatie;
- de productiemonitor.

Enkele citaten van zorgaanbieders over AW319

“Stoppen met nacalculatie wanneer AW319 voor alle producten is ingevoerd”

“Stoppen met berichtenverkeer CAK wanneer AW319 is ingevoerd”

“Informatie maar één keer opvragen. Nu AW319, CAK, formulier realisatiecijfers AWBZ en productiemonitor”

Vooralsnog is de AW319 nog niet geheel dekkend om dit te kunnen doen. Van belang is dan ook om de AW319 dusdanig te verbeteren zodat overige informatie uitvragen kunnen worden beperkt. Nader onderzoek is noodzakelijk welke aanpassingen dit exact nog vergt aan de AW319. Betrokkenheid van zorgaanbieders en concessiehouders is hierbij essentieel.

6.5 Materiële controle

Op het onderwerp materiële controle zijn slechts enkele verbeterpunten genoemd, dit in tegenstelling tot de hiervoor beschreven onderwerpen. Een enkele zorgaanbieder heeft expliciet aangegeven dat het systeem naar tevredenheid werkt. De zorgaanbieders die wel verbeterpunten hebben aangegeven, geven aan dat:

- een betere samenwerking noodzakelijk is tussen controlerende instanties, zoals het zorgkantoor, de inspectie, de accountant en de certificeerder (ISO);
- het van belang is om meer aan te sluiten bij bestaande controles;
- de materiële controle niet jaarlijks uitgevoerd hoeft te worden.

Enkele citaten van zorgaanbieders over materiële controle

“Samenhang materiële controle met AO controle, controle productiemonitoring, NZa formulieren, inspectie, arbeidsinspectie, enzovoorts”

“Betere samenwerking tussen controlerende instanties”

“Niet jaarlijks dit instrument inzetten”

“Duidelijker maken wie, wat, wanneer controleert en waarom”

6.6 Tot slot

In dit hoofdstuk zijn diverse onderwerpen beschreven waarmee de administratieve last als gevolg van de informatievoorziening aan zorgkantoren kan worden verminderd. Specifiek wordt daarbinnen de zorginkoop genoemd. Duidelijk wordt dat er voor de zorginkoop door zorgaanbieders in een korte periode veel fte's worden ingezet met relatief hoge FWG schalen. Uit het onderzoek blijkt dat de kosten die hiermee gemoeid zijn worden gereduceerd als er meer standaardisatie plaatsvindt.

In paragraaf 5.3 worden concrete onderwerpen benoemd die door de partijen van belang worden geacht. Door samen met 'het veld' stappen te nemen richting standaardisatie van de inkoop uitvraag zijn er goede mogelijkheden om de administratieve last te verminderen.

In dit onderzoek hebben zorgaanbieders diverse onderwerpen beschreven waarmee de administratieve last als gevolg van de informatievoorziening aan zorgkantoren kan worden verminderd. Op het gebied van zorgtoewijzing, productie, realisatie & verantwoording is voornamelijk winst te behalen door optimalisatie van deze processen. Op het gebied van materiële controle is dit beperkt vanwege het incidentele karakter hiervan.

Op het gebied van zorginkoop zijn er mogelijkheden voor standaardisatie waardoor zorgaanbieders de hoog gekwalificeerde medewerkers die hiervoor nodig zijn efficiënter kunnen inzetten.

De verbeter suggesties van de zorgaanbieders zijn veelal gericht op het standaardiseren van de inkoopdocumenten, het verminderen daarvan en verhogen van de geldigheid van de afspraken. Dit rapport geeft een eerste aanzet tot standaardisatie. Verdere uitwerking en operationalisering hiervan leidt tot vermindering van administratieve lasten.

Als de verbetervoorstellen worden doorgevoerd kan een totale besparing van een kleine 100 miljoen Euro (€ 91.622.616) per jaar op de administratieve lasten bij de zorgaanbieders (extramurale en intramurale) worden gerealiseerd.

Bij de berekening van de mogelijke besparing is uitgegaan van:

- Besparing op jaarbasis
- Besparing op personeelsinzet (fte) bij zorgaanbieders
- Besparing heeft betrekking op intramurale en extramurale zorg bij alle zorgaanbieders. Bij de intramurale zorgaanbieders is ook de besparing voor de extramurale zorg (thuiszorg, awbz breed) meegenomen
- Berekening uitgevoerd op basis van de verbeter-suggesties die in de rapportage worden genoemd en het werken met de standaard indicatorenset.

In de onderstaande tabel is de berekening van de besparing uitgewerkt.

	Kosten (intramuraal)	Kosten (extramuraal)	Totaal	Potentiele besparing bij doorvoeren verbeter-suggesties	Afname kosten (intramuraal)	Afname kosten (extramuraal)	Afname kosten (intramuraal + extramuraal)
Zorgtoewijzing	€ 44.440.585	€ 117.323.144	€ 161.763.729	21%	€ 9.379.663	€ 24.762.310	€ 34.141.973
Zorginkoop	€ 49.712.037	€ 67.176.363	€ 116.888.400	30%	€ 14.733.481	€ 19.909.497	€ 34.642.978
Productie, realisatie & verantwoording	€ 23.748.350	€ 62.695.644	€ 86.443.994	27%	€ 6.491.995	€ 17.138.868	€ 23.630.864
Materiële controle	€ 8.174.761	€ 11.610.600	€ 19.785.361	30%	€ 2.462.211	€ 3.497.074	€ 5.959.285
Totaal	€ 126.075.733	€ 258.805.751	€ 384.881.484	24%	€ 30.012.845	€ 61.609.770	€ 91.622.616

Tabel 14. Berekening afname kosten door verbetervoorstellen

Bij de zorginkoop zijn er mogelijkheden voor standaardisatie waardoor zorgaanbieders de hoog gekwalificeerde medewerkers die hiervoor nodig zijn efficiënter kunnen inzetten. In deze rapportage is een eerste aanzet tot standaardisatie opgenomen. Bij het landelijk werken met een gestandaardiseerde set van inkoopcriteria kan het proces verder worden geautomatiseerd. Uit het onderzoek is gebleken dat de zorgaanbieders die het inkoopproces (vrijwel) volledig geautomatiseerd uitvoeren 20% minder FTE's inzetten dan instellingen die (vrijwel) niet geautomatiseerd zijn. Verdere uitwerking en operationalisering hiervan leidt tot een structurele vermindering van de administratieve lasten van ongeveer 22 miljoen euro (€ 21.741.242) per jaar (exclusief (eenmalige) investering automatisering).

De mogelijke totale besparing bedraagt 114 miljoen euro (92 miljoen + 22 miljoen) per jaar als de verbeteringen die in deze rapportage zijn aangegeven worden doorgevoerd. De aangegeven besparing is de totale besparing bij zowel de intramurale als extramurale zorgaanbieders.

Geadviseerd wordt om samen met concessiehouders en in overleg met zorgaanbieders stappen te nemen richting standaardisatie van de zorginkoop. Hier valt op relatief korte termijn veel te bereiken. De resultaten van dit onderzoek kunnen daarbij als vertrekpunt dienen.

Bijlage 1. Opzet vragenlijst

Startblad

Op het startblad hebben we diverse algemene gegevens opgevraagd van de zorgaanbieder, namelijk:

- naam instelling;
- naam contactpersoon vragenlijst;
- aantal ZZP cliënten in zorg;
- sector(en) waarvoor ZZP afspraken zijn gemaakt;
- omzet uit ZZP's;
- aantal NZa nummers;
- concessiehouders waarmee ZZP afspraken zijn gemaakt.

Zorgtoewijzing

Onder zorgtoewijzing zijn de volgende onderwerpen aan bod gekomen:

- regulier AZR berichtenverkeer;
- controle/aanlevering van overzichten in zorg en/of cliënten die op de wachtlijst staan;
- aanleveren van informatie ten behoeve van de beschikbaarheid en doorstroom van crisisbedden;
- overige onderwerpen (inclusief een toelichting van de zorgaanbieder).

Inkoop

Onder zorginkoop zijn de volgende onderwerpen aan bod gekomen:

- voorbereiding inkoopproces;
- landelijk geformuleerde geschiktheidseisen en algemene voorwaarden;
- gegevensverzameling voor het thema 'Beschikbaarheid en Toegankelijkheid';
- gegevensverzameling voor het thema 'Doelgroepen en ketens';
- gegevensverzameling voor het thema 'Kwaliteit van zorg';
- gegevensverzameling voor het thema 'Managementinformatie/administratieve organisatie';
- gegevensverzameling voor het thema 'Prijs en doelmatigheid';
- gegevensverzameling voor het thema 'Klantgerichtheid';
- onderhandelingsperiode;
- invullen budgetformulier;
- overige onderwerpen (inclusief een toelichting van de zorgaanbieder).

Ook waren er nog diverse concessiehoudersspecifieke onderwerpen. Deze onderwerpen zijn op dezelfde wijze uitgevraagd.

Productie, realisatie & verantwoording

Onder productie, realisatie & verantwoording zijn de volgende onderwerpen aan bod gekomen:

- aanleveren informatie voor productiemonitor;
- aanleveren informatie voor herschikking;
- aanleveren informatie voor nacalculatie;
- aanleveren declaratiebericht (AW319);
- verwerken foutcodes naar aanleiding van het declaratiebericht (AW319).

Materiële controle

Onder materiële controle is de administratieve last geïnventariseerd die de materiële controle met zich meebrengt. Ook is gevraagd hoe vaak de zorgaanbieder in de afgelopen vijf jaar een materiële controle heeft gehad.

Bijlage 2. Berekening netto productieve uren

Berekening netto productieve uren

Netto productieve uren (1.330 uur per jaar) =

- A. Bruto tijd (1.872 uur per jaar)
- B. - Verlofdagen (27 dagen)
- C. - Erkende feestdagen (8 dagen)
- D. - Ziekteverzuim (5,3%)
- E. - Opleiding (2%)
- F. = Netto werkbare uren (1.478 uur per jaar)
- G. Productiviteitsfactor (90%) => 1.330 uur per jaar

Bijlage 3. Kosten

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

Tabel 15. Gehanteerde periodiek per FWG

Berekening totale kosten per jaar

- A. Bruto maandsalaris * 12 +
- B. Vakantiegeld (8%) +
- C. Eindejaarsuitkering⁸ =
- D. Totaal bruto jaarsalaris +
 - E. Pensioenpremie werkgever (8%) als percentage van brutoloon +
 - F. Sociale lasten als percentage van brutoloon (15%) +
 - G. Overige personele kosten (10%) +
 - H. CAO stijging als percentage van brutoloon (3%, geldt alleen voor de GZ) =
- I. Totale directe kosten per jaar +
 - J. Kosten indirect personeel (15%) +
 - K. Overige personeelskosten indirect personeel (10%) +
 - L. Huisvestingskosten (8%) +
 - M. Financiële baten en lasten (6%) +
 - N. Algemene en kantoorkosten (7%) =
- O. Totale kosten per jaar

⁸ Voor de V&V is dit 4,5%, voor GZ en GGZ 5,75%.

Bijlage 4. Resultaten zorgtoewijzing

4.1 Algemene resultaten

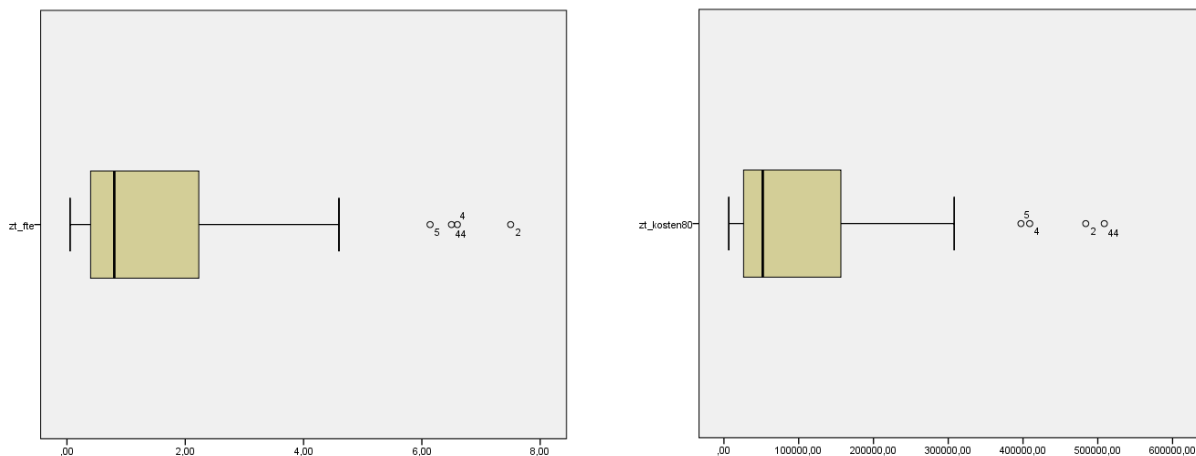
Totaal aantal FTE	88
Totale kosten (laag)	€ 5.538.430
Totale kosten (hoog)	€ 5.866.265
Meest voorkomende FWG schaal	35
Aantal vragenlijsten	N=53

Tabel 16. Algemene resultaten

Spreiding

Hier tonen we twee boxplots om inzicht te geven in de spreiding, namelijk:

- aantal FTE
- kosten



Figuur 4A. Boxplot van het totaal aantal FTE (min=0,05, max=7,5, mediaan=0,8)

Figuur 4B. Boxplot van de 'hoge' kosten (min = € 6.495, max = € 505.688, mediaan = € 51.827)

4.2 Resultaten per sector

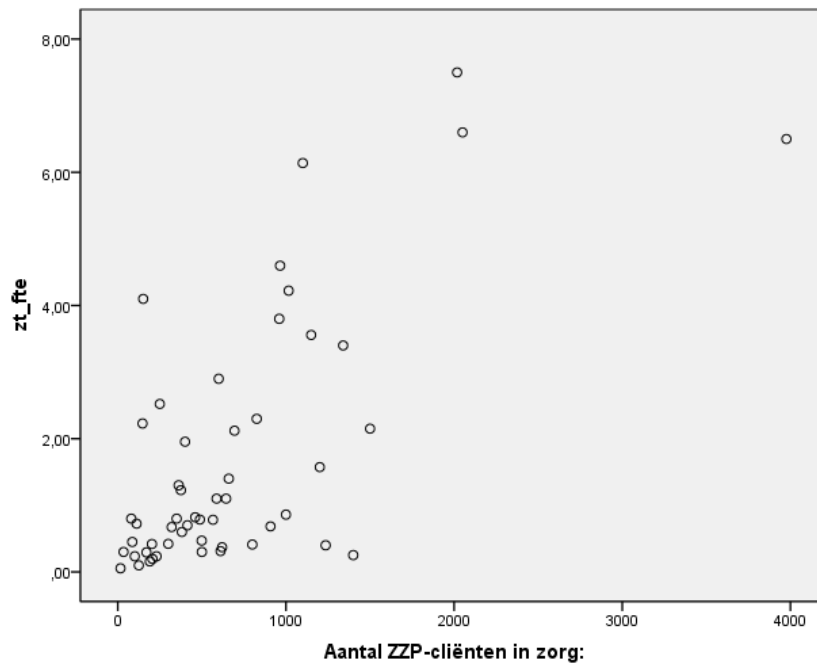
Sector	N	Gemiddeld aantal FTE	Gemiddelde kosten (laag)	Gemiddelde kosten (laag) per FTE	Gemiddelde kosten (hoog)	Gemiddelde kosten (hoog) per FTE
V&V	25	1,8	€ 110.480	€ 60.754	€ 118.136	€ 64.964
GZ	23	1,8	€ 114.866	€ 65.634	€ 120.401	€ 68.797
GGZ	5	0,5	€ 44.835	€ 90.085	€ 47.878	€ 96.199
Totaal	53	1,7	€ 108.597	€ 65.255	€ 115.025	€ 69.117

Tabel 17. Resultaten per sector

4.3 Resultaten naar omvang

Aantal cliënten	N	Gemiddeld aantal FTE	Gemiddelde kosten (laag)	Gemiddelde kosten (laag) per FTE	Gemiddelde kosten (hoog)	Gemiddelde kosten (hoog) per FTE
klein (<100)	2	0,2	€ 20.884	€ 117.922	€ 21.832	€ 123.273
middel (50-300)	14	0,9	€ 59.056	€ 64.761	€ 63.265	€ 69.377
groot (>300)	37	2,0	€ 128.374	€ 63.260	€ 135.729	€ 66.885
Totaal	53	1,7	€ 108.597	€ 65.255	€ 115.025	€ 69.117

Tabel 18. Resultaten naar omvang (aantal cliënten)



Figuur 5. Scatterplot aantal cliënten afgezet tegen het totaal aantal FTE

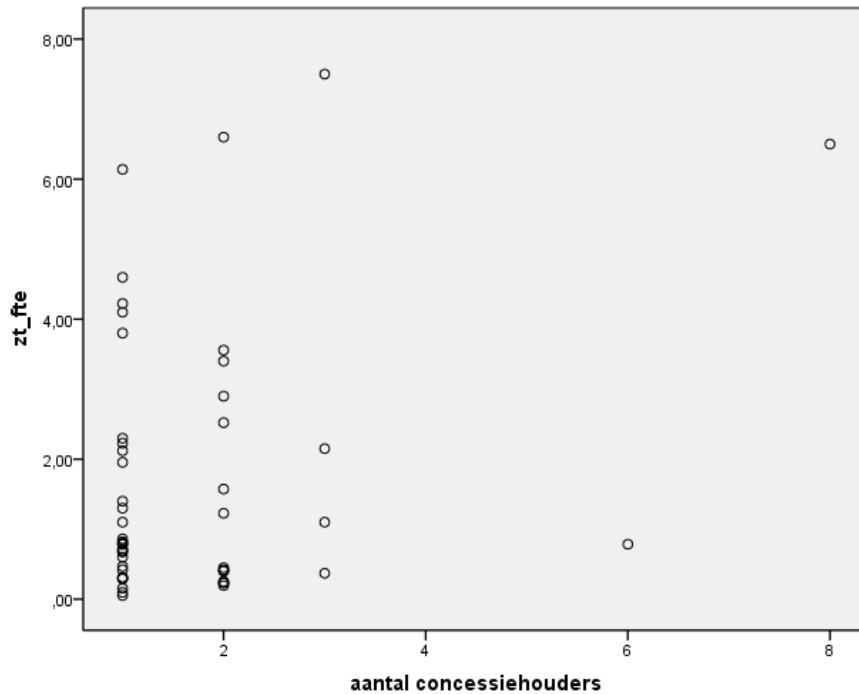
Omzet	N	Gemiddeld aantal FTE	Gemiddelde kosten (laag)	Gemiddelde kosten (laag) per FTE	Gemiddelde kosten (hoog)	Gemiddelde kosten (hoog) per FTE
omzet < € 5.000.000	8	0,6	€ 46.558	€ 83.184	€ 49.453	€ 88.357
omzet €5.000.000 - €50.000.000	30	1,2	€ 73.620	€ 62.269	€ 78.140	€ 66.091
omzet > € 50.000.000	15	3,2	€ 203.365	€ 63.210	€ 215.024	€ 66.834
Totaal	53	1,7	€ 108.597	€ 65.255	€ 115.025	€ 69.117

Tabel 19. Resultaten naar omvang (omzet)

4.4 Resultaten per concessiehouder

Aantal concessiehouders	N	Gemiddeld aantal FTE	Gemiddelde kosten (laag)	Gemiddelde kosten (laag) per FTE	Gemiddelde kosten (hoog)	Gemiddelde kosten (hoog) per FTE
1	32	1,4	€ 92.693	€ 65.299	€ 98.318	€ 69.263
meerdere	21	2,0	€ 133.248	€ 65.407	€ 140.920	€ 69.173
Totaal	53	1,7	€ 108.597	€ 65.255	€ 115.025	€ 69.117

Tabel 20. Resultaten per concessiehouder



Figuur 6. Scatterplot aantal concessiehouders afgezet tegen het totaal aantal FTE

4.5 Resultaten per deelonderwerp/mate van automatisering

	Automatisering	N	Gemiddeld aantal FTE	Gemiddelde kosten (laag)	Gemiddelde kosten (hoog)
Regulier AZR berichtenverkeer (tijd besteed aan MAZ en MUT)	niet (0)	6	0,1	€ 10.567	€ 11.273
	gedeeltelijk (1)	13	0,6	€ 33.297	€ 35.087
	volledig (2)	29	1,0	€ 62.395	€ 66.231
Controle/aanlevering overzichten van overzichten cliënten in zorg en/of cliënten op de wachtlijst	niet	13	0,2	€ 12.599	€ 13.288
	gedeeltelijk	19	0,4	€ 26.269	€ 28.123
	volledig	13	0,3	€ 15.936	€ 16.910
Informatie omtrent doorstroom en beschikbaarheid van crisisbedden	niet	13	0,1	€ 8.824	€ 9.436
	gedeeltelijk	10	0,1	€ 3.348	€ 3.520
	volledig	5	0,1	€ 2.981	€ 3.148
Overige onderwerpen weergegeven die zorgaanbieder heeft ingevuld	niet	23	0,3	€ 17.350	€ 18.398
	gedeeltelijk	26	0,3	€ 23.611	€ 24.979
	volledig	9	0,1	€ 7.299	€ 7.700

Tabel 21. Resultaten per deelonderwerp

Bijlage 5. Resultaten inkoop

5.1 Algemene resultaten

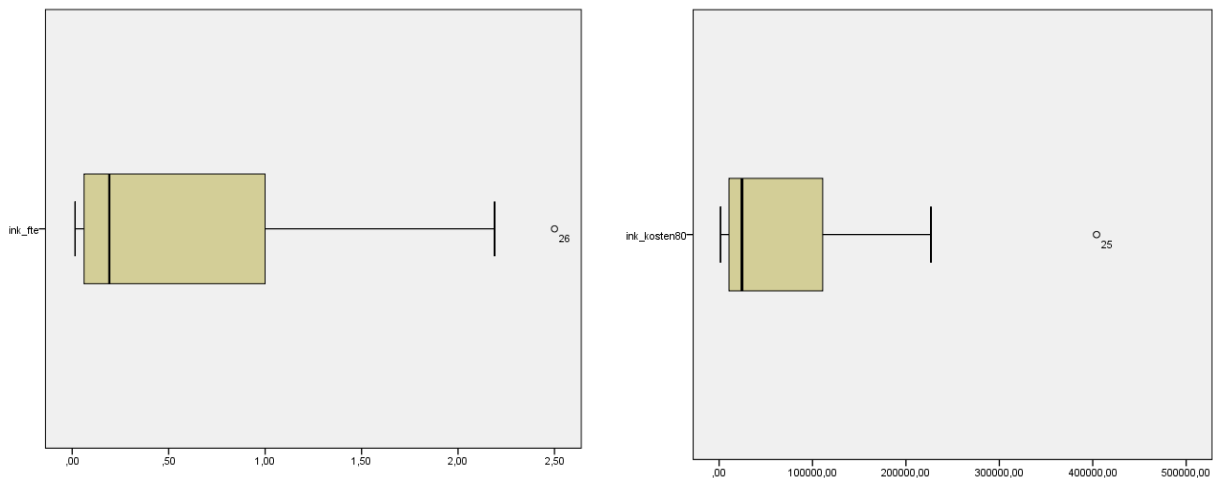
Totaal aantal FTE	26
Totale kosten (laag)	€ 2.969.066
Totale kosten (hoog)	€ 3.157.289
Meest voorkomende FWG schaal	60
Aantal vragenlijsten	N=49

Tabel 22. Algemene resultaten

Spreiding

Hier tonen we twee boxplots om inzicht te geven in de spreiding, namelijk:

- aantal FTE
- kosten



Figuur 7A. Boxplot van het totaal aantal FTE (min=0,02, max=2,5, mediaan=0,2)

Figuur 7B. Boxplot van de 'hoge' kosten (min=€ 1.550, max=€ 404.049, mediaan=€ 24.461)

5.2 Resultaten per sector

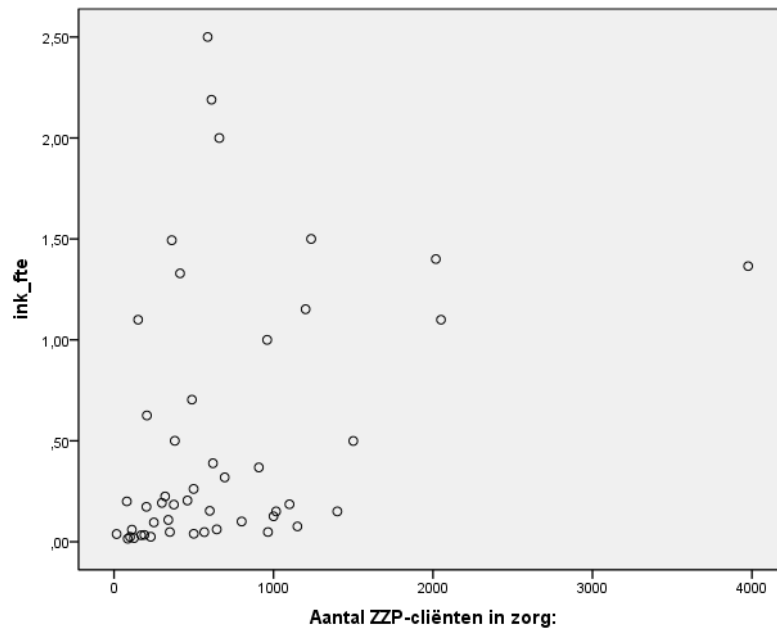
Sector	N	Gemiddeld aantal FTE	Gemiddelde kosten (laag)	Gemiddelde kosten (laag) per FTE	Gemiddelde kosten (hoog)	Gemiddelde kosten (hoog) per FTE
V&V	25	0,5	€ 63.557	€ 128.544	€ 68.630	€ 138.815
GZ	19	0,6	€ 62.280	€ 103.713	€ 64.881	€ 108.044
GGZ	5	0,4	€ 65.608	€ 156.546	€ 69.600	€ 166.070
Totaal	49	0,5	€ 63.172	€ 119.666	€ 67.176	€ 127.252

Tabel 23. Resultaten per sector

5.3 Resultaten naar omvang

Aantal cliënten	N	Gemiddeld aantal FTE	Gemiddelde kosten (laag)	Gemiddelde kosten (laag) per FTE	Gemiddelde kosten (hoog)	Gemiddelde kosten (hoog) per FTE
klein (<100)	1	0,0	n.v.t	n.v.t	n.v.t	n.v.t
middel (50-300)	13	0,3	€ 38.275	€ 136.162	€ 41.031	€ 145.965
groot (>300)	35	0,6	€ 71.708	€ 113.193	€ 76.141	€ 120.190
Totaal	49	0,5	€ 63.172	€ 119.666	€ 67.176	€ 127.252

Tabel 24. Resultaten naar omvang (aantal cliënten)



Figuur 8. Scatterplot aantal cliënten afgezet tegen het totaal aantal FTE

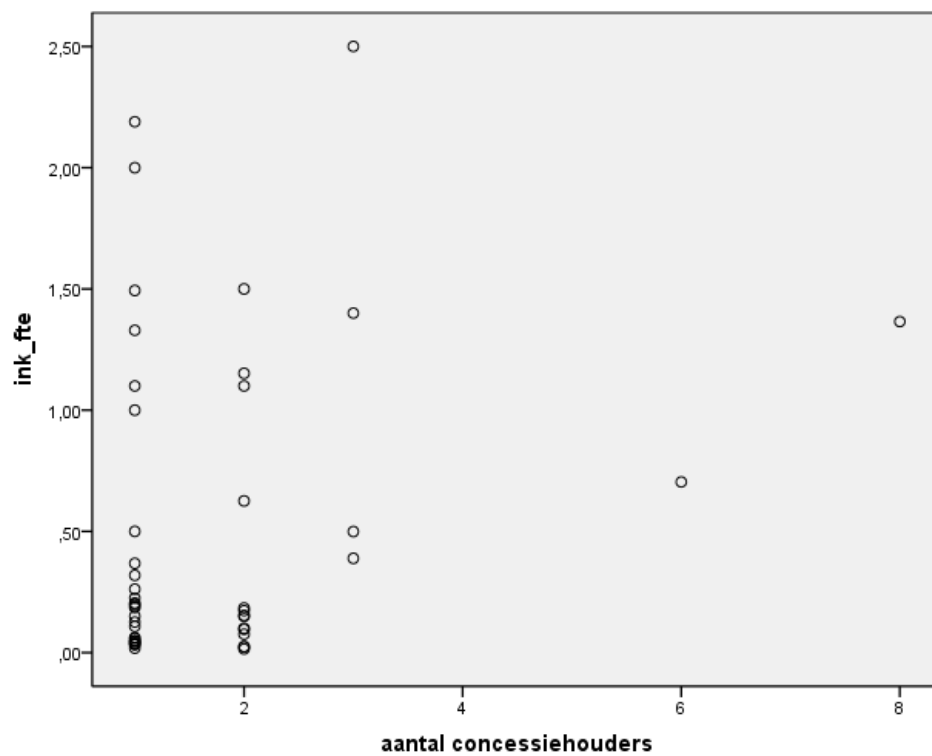
Omzet	N	Gemiddeld aantal FTE	Gemiddelde kosten (laag)	Gemiddelde kosten (laag) per FTE	Gemiddelde kosten (hoog)	Gemiddelde kosten (hoog) per FTE
omzet < € 5.000.000	6	0,3	€ 39.481	€ 153.146	€ 40.685	€ 157.815
omzet € 5.000.000 - € 50.000.000	30	0,5	€ 63.148	€ 118.946	€ 67.704	€ 127.526
omzet > € 50.000.000	13	0,6	€ 70.514	€ 109.223	€ 74.111	€ 114.794
Totaal	49	0,5	€ 63.172	€ 119.666	€ 67.176	€ 127.252

Tabel 25. Resultaten naar omvang (omzet)

5.4 Resultaten per concessiehouder

Aantal concessiehouders	N	Gemiddeld aantal FTE	Gemiddelde kosten (laag)	Gemiddelde kosten (laag) per FTE	Gemiddelde kosten (hoog)	Gemiddelde kosten (hoog) per FTE
1	29	0,5	€ 59.797	€ 127.201	€ 64.071	€ 136.291
meerdere	20	0,6	€ 68.144	€ 111.420	€ 71.753	€ 117.321
Totaal	49	0,5	€ 63.172	€ 119.666	€ 67.176	€ 127.252

Tabel 26. Resultaten per concessiehouder



Figuur 9. Scatterplot aantal concessiehouders afgezet tegen het totaal aantal FTE

5.5 Resultaten per deelonderwerp/mate van automatisering

	N	Automatisering	Gemiddeld aantal FTE	Gemiddelde kosten (laag)	Gemiddelde kosten (hoog)
Vorbereiding van inkoopproces	24	niet	0,07	€ 8.552	€ 9.086
	10	gedeeltelijk	0,10	€ 12.171	€ 12.993
	1	volledig	0,02	€ 1.738	€ 1.911
Landelijk geformuleerde geschiktheidseisen en algemene voorwaarden	23	niet	0,03	€ 3.518	€ 3.701
	7	gedeeltelijk	0,03	€ 4.551	€ 4.881
	1	volledig	0,01	€ 869	€ 956
Gegevensverzameling ten behoeve van thema 'Beschikbaarheid en toegankelijkheid'	13	niet	0,04	€ 4.292	€ 4.482
	15	gedeeltelijk	0,02	€ 2.830	€ 3.031
	3	volledig	0,00	€ 122	€ 132
Gegevensverzameling ten behoeve van thema 'Doelgroepen en ketens'	25	niet	0,04	€ 4.653	€ 4.865
	7	gedeeltelijk	0,05	€ 7.281	€ 7.867
	1	volledig	0,00	€ 174	€ 191
Gegevensverzameling ten behoeve van thema 'kwaliteit van zorg'	18	niet	0,03	€ 3.723	€ 3.874
	11	gedeeltelijk	0,11	€ 10.068	€ 10.572
	4	volledig	0,05	€ 6.048	€ 6.538
Gegevensverzameling ten behoeve van thema 'Managementinformatie/ administratieve organisatie'	14	niet	0,04	€ 3.506	€ 3.663
	13	gedeeltelijk	0,08	€ 8.038	€ 8.546
	6	volledig	0,02	€ 1.834	€ 1.947
Gegevensverzameling ten behoeve van thema 'Prijs en doelmatigheid'	19	niet	0,02	€ 2.399	€ 2.531
	11	gedeeltelijk	0,03	€ 4.060	€ 4.324
	1	volledig	0,01	€ 1.303	€ 1.434
Gegevensverzameling ten behoeve van thema 'Klantgerichtheid'	19	niet	0,03	€ 4.124	€ 4.406
	8	gedeeltelijk	0,03	€ 3.959	€ 4.234
	4	volledig	0,04	€ 5.320	€ 5.710
Onderhandelingsperiode	24	niet	0,07	€ 10.084	€ 10.755
	10	gedeeltelijk	0,08	€ 8.378	€ 8.727
	1	volledig	0,02	€ 2.780	€ 3.058
Invullen budgetformulier	11	niet	0,04	€ 5.459	€ 5.708
	13	gedeeltelijk	0,07	€ 7.674	€ 8.044
	8	volledig	0,06	€ 5.859	€ 6.348
Data inkoop 12x <overige onderwerpen die zorgaanbieder heeft ingevuld>	47	niet	0,00	€ 1.977	€ 2.171
	1	gedeeltelijk	0,02	€ 3.365	€ 3.555
		volledig			

Tabel 27. Resultaten per deelonderwerp

Bijlage 6. Resultaten productie, realisatie & verantwoording

6.1 Algemene resultaten

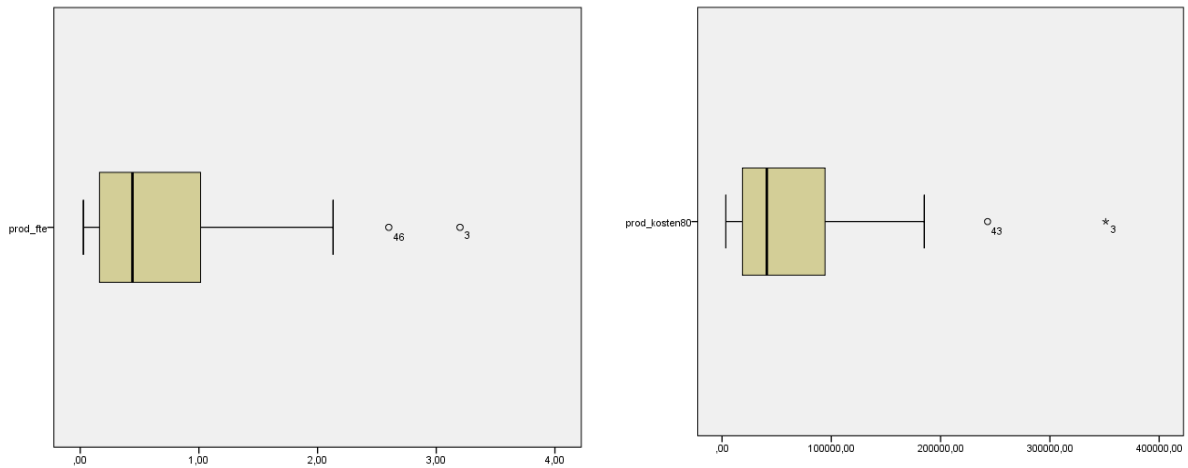
Totaal aantal FTE	35
Totale kosten (laag)	€ 3.006.087
Totale kosten (hoog)	€ 3.181.675
Meest voorkomende FWG schaal	55
Aantal vragenlijsten	N=52

Tabel 28. Algemene resultaten

Spreiding

Hier tonen we twee boxplots om inzicht te geven in de spreiding, namelijk:

- aantal FTE
- kosten



Figuur 10A. Boxplot van het totaal aantal FTE (min=0,03, max=3,2, mediaan=0,4)

Figuur 10B. Boxplot van de 'hoge' kosten (min=€ 3.440, max=€ 351.032, mediaan=€ 41.026)

6.2 Resultaten per sector

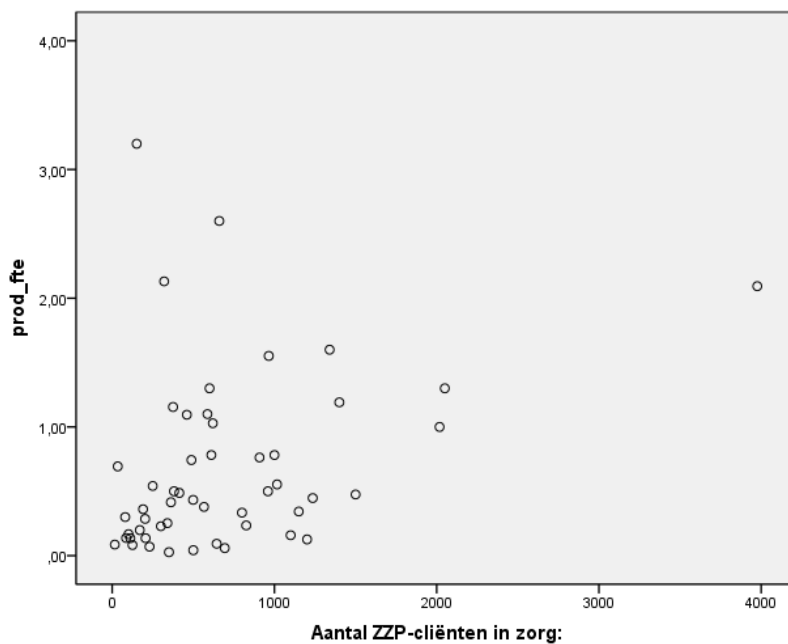
Sector	N	Gemiddeld aantal FTE	Gemiddelde kosten (laag)	Gemiddelde kosten (laag) per FTE	Gemiddelde kosten (hoog)	Gemiddelde kosten (hoog) per FTE
V&V	25	0,6	€ 57.958	€ 96.085	€ 62.145	€ 103.025
GZ	22	0,8	€ 67.463	€ 80.495	€ 70.469	€ 84.082
GGZ	5	0,2	€ 24.316	€ 100.481	€ 25.911	€ 107.070
Totaal	52	0,7	€ 60.122	€ 90.030	€ 63.634	€ 95.288

Tabel 29. Resultaten per sector

6.3 Resultaten naar omvang

Aantal cliënten	N	Gemiddeld aantal FTE	Gemiddelde kosten (laag)	Gemiddelde kosten (laag) per FTE	Gemiddelde kosten (hoog)	Gemiddelde kosten (hoog) per FTE
klein (<100)	2	0,4	€ 47.576	€ 122.147	€ 49.819	€ 127.906
middel (50-300)	13	0,4	€ 43.017	€ 99.071	€ 46.459	€ 106.998
groot (>300)	37	0,8	€ 66.008	€ 86.286	€ 69.577	€ 90.950
Totaal	52	0,7	€ 60.122	€ 90.030	€ 63.634	€ 95.288

Tabel 30. Resultaten naar omvang (aantal cliënten)



Figuur 11. Scatterplot aantal cliënten afgezet tegen het totaal aantal FTE

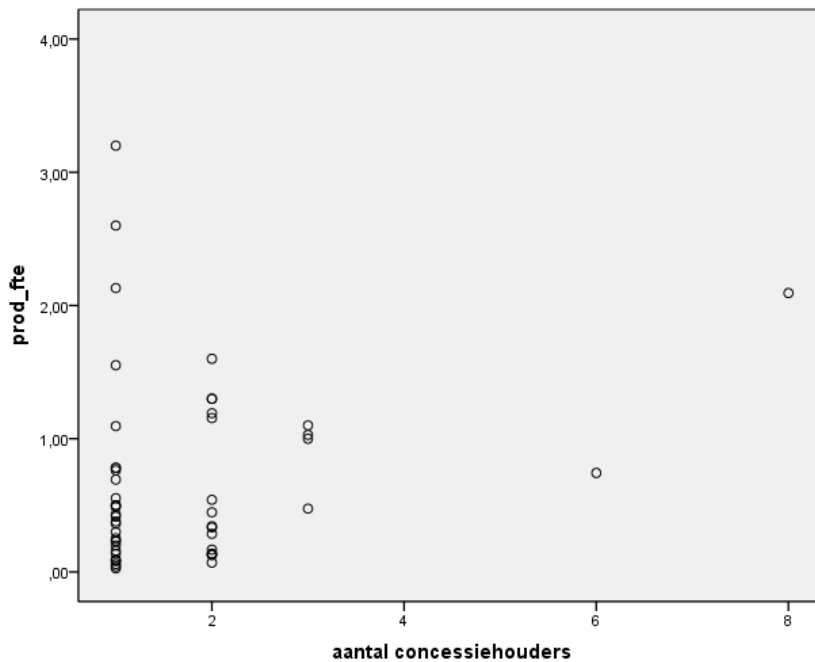
Omzet	N	Gemiddeld aantal FTE	Gemiddelde kosten (laag)	Gemiddelde kosten (laag) per FTE	Gemiddelde kosten (hoog)	Gemiddelde kosten (hoog) per FTE
omzet < € 5.000.000	7	0,2	€ 21.530	€ 100.654	€ 22.442	€ 104.919
omzet € 5.000.000 - € 50.000.000	30	0,7	€ 63.939	€ 86.779	€ 68.090	€ 92.413
omzet > € 50.000.000	15	0,7	€ 65.351	€ 88.098	€ 68.451	€ 92.276
Totaal	52	0,7	€ 60.122	€ 90.030	€ 63.634	€ 95.288

Tabel 31. Resultaten naar omvang (omzet)

6.4 Resultaten per concessiehouder

Aantal concessiehouders	N	Gemiddeld aantal FTE	Gemiddelde kosten (laag)	Gemiddelde kosten (laag) per FTE	Gemiddelde kosten (hoog)	Gemiddelde kosten (hoog) per FTE
1	31	0,6	€ 54.086	€ 87.532	€ 57.667	€ 93.328
meerdere	21	0,7	€ 69.176	€ 93.279	€ 72.583	€ 97.873
Totaal	52	0,7	€ 60.122	€ 90.030	€ 63.634	€ 95.288

Tabel 32. Resultaten per concessiehouder



Figuur 12. Scatterplot aantal concessiehouders afgezet tegen het totaal aantal FTE

6.5 Resultaten per deelonderwerp/mate van automatisering

	Automatisering	N	Gemiddeld aantal FTE	Gemiddelde kosten (laag)	Gemiddelde kosten (hoog)
Aanleveren informatie voor productiemonitor	niet	5	0,1	€ 9.025	€ 9.522
	gedeeltelijk	27	0,1	€ 10.397	€ 11.075
	volledig	14	0,2	€ 12.753	€ 13.420
Aanleveren informatie voor herschikking	niet	12	0,0	€ 3.278	€ 3.477
	gedeeltelijk	23	0,1	€ 7.193	€ 7.617
	volledig	11	0,1	€ 8.475	€ 9.065
Aanleveren informatie voor nacalculatie	niet	9	0,1	€ 6.164	€ 6.397
	gedeeltelijk	29	0,1	€ 10.471	€ 11.190
	volledig	8	0,2	€ 18.552	€ 19.654
Aanleveren declaratiebericht (AW319)	niet	2	0,0	€ 5.529	€ 5.758
	gedeeltelijk	14	0,1	€ 14.093	€ 15.113
	volledig	29	0,1	€ 7.101	€ 7.474
Verwerken foutcodes n.a.v. declaratiebericht (Aw319)	niet	11	0,1	€ 6.935	€ 7.277
	gedeeltelijk	17	0,1	€ 9.811	€ 10.424
	volledig	15	0,1	€ 5.492	€ 5.772
Data PR andere onderwerpen <overige onderwerpen die zorgaanbieder heeft ingevuld>	niet	13	0,1	€ 8.939	€ 9.341
	gedeeltelijk	13	0,1	€ 9.301	€ 9.782
	volledig	1	0,1	€ 9.215	€ 9.597

Tabel 33. Resultaten per deelonderwerp

Bijlage 7. Resultaten materiële controle

7.1 Algemene resultaten

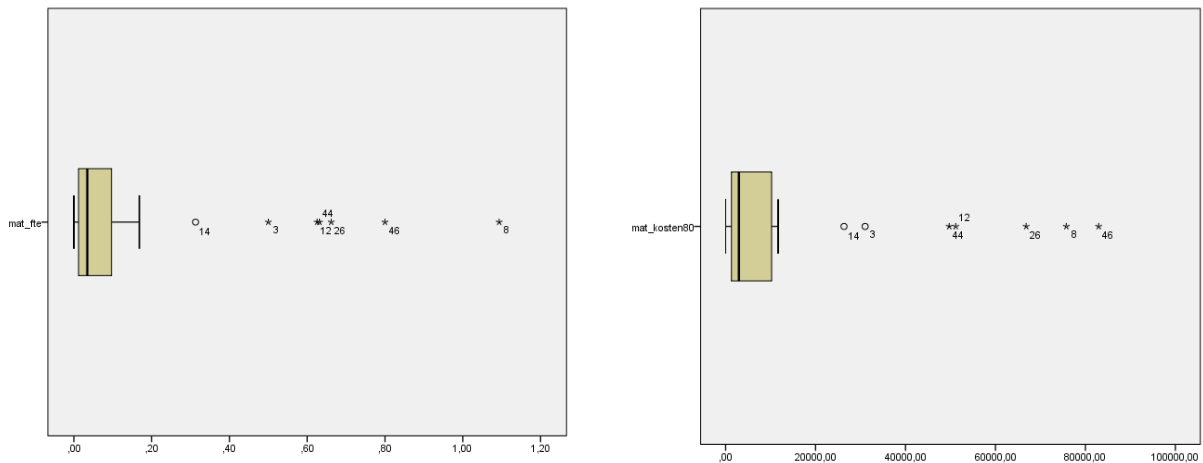
Totaal aantal FTE	6
Totale kosten (laag)	€ 498.873
Totale kosten (hoog)	€ 522.477
Meest voorkomende FWG schaal	60
Aantal vragenlijsten	N=47

Tabel 34. Algemene resultaten

Spreiding

Hier tonen we twee boxplots om inzicht te geven in de spreiding, namelijk:

- aantal FTE
- kosten



Figuur 13A. Boxplot van het totaal aantal FTE (min=0, max=1, mediaan=0,04-)

Figuur 13B. Boxplot van de 'hoge' kosten (min=€ 10, max=€82.943, mediaan=€ 2.949)

7.2 Resultaten per sector

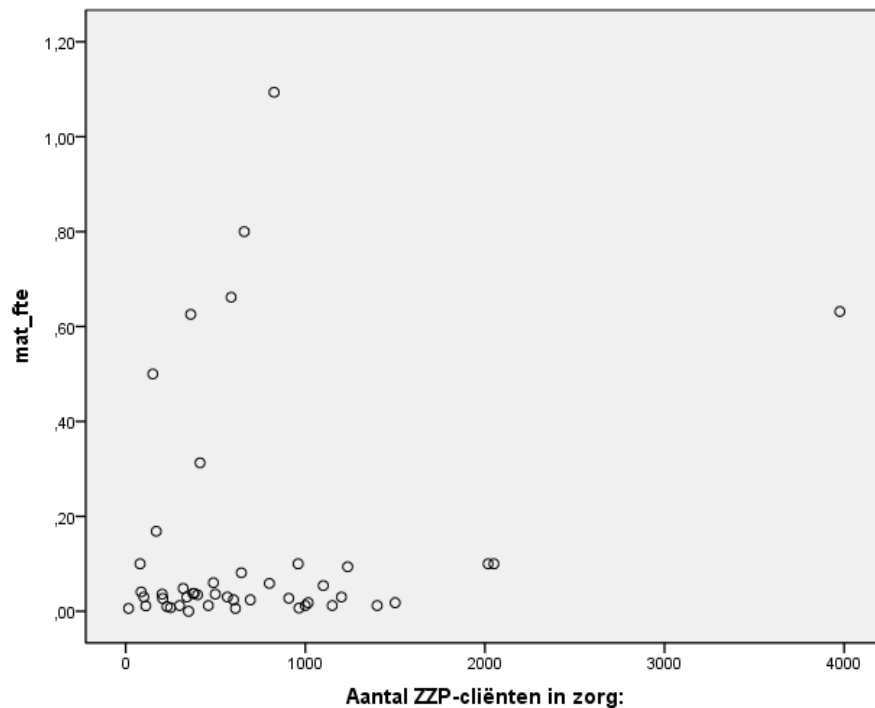
Sector	N	Gemiddeld aantal FTE	Gemiddelde kosten (laag)	Gemiddelde kosten (laag) per FTE	Gemiddelde kosten (hoog)	Gemiddelde kosten (hoog) per FTE
V&V	22	0,1	€ 5.439	€ 77.694	€ 5.748	€ 82.115
GZ	21	0,2	€ 15.644	€ 83.258	€ 16.290	€ 86.694
GGZ	4	0,2	€ 25.349	€ 145.015	€ 26.966	€ 154.271
Totaal	47	0,1	€ 11.086	€ 84.241	€ 11.611	€ 88.226

Tabel 35. Resultaten per sector

7.3 Resultaten naar omvang

Aantal cliënten	N	Gemiddeld aantal FTE	Gemiddelde kosten (laag)	Gemiddelde kosten (laag) per FTE	Gemiddelde kosten (hoog)	Gemiddelde kosten (hoog) per FTE
klein (<100)	1	0,0	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
middel (50-300)	11	0,1	€ 6.385	€ 74.942	€ 6.772	€ 79.489
groot (>300)	35	0,1	€ 12.429	€ 82.972	€ 12.993	€ 86.735
Totaal	47	0,1	€ 11.086	€ 84.241	€ 11.611	€ 88.226

Tabel 36. Resultaten naar omvang (aantal cliënten)



Figuur 14. Scatterplot aantal cliënten afgezet tegen het totaal aantal FTE

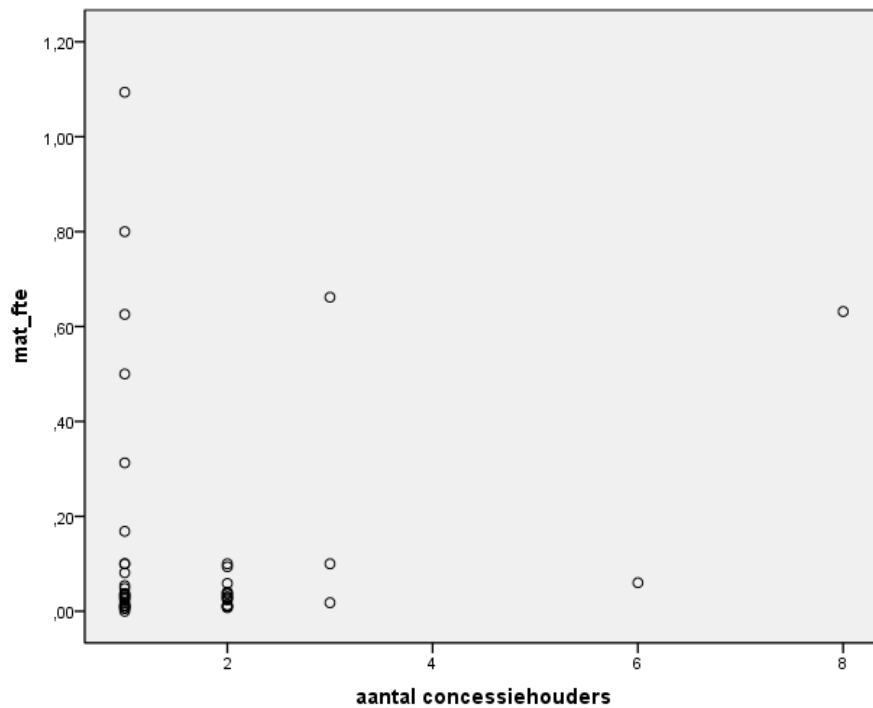
Omzet	N	Gemiddeld aantal FTE	Gemiddelde kosten (laag)	Gemiddelde kosten (laag) per FTE	Gemiddelde kosten (hoog)	Gemiddelde kosten (hoog) per FTE
omzet < € 5.000.000	5	0,0	€ 5.021	€ 137.569	€ 5.188	€ 142.130
omzet € 5.000.000 - € 50.000.000	28	0,1	€ 11.348	€ 84.185	€ 11.896	€ 88.248
omzet > € 50.000.000	14	0,2	€ 11.862	€ 74.554	€ 12.417	€ 78.042
Totaal	47	0,1	€ 11.086	€ 84.241	€ 11.611	€ 88.226

Tabel 37. Resultaten naar omvang (omzet)

7.4 Resultaten per concessiehouder

Aantal concessiehouders	N	Gemiddeld aantal FTE	Gemiddelde kosten (laag)	Gemiddelde kosten (laag) per FTE	Gemiddelde kosten (hoog)	Gemiddelde kosten (hoog) per FTE
1	28	0,1	€ 12.016	€ 80.216	€ 12.614	€ 84.204
meerdere	19	0,1	€ 9.691	€ 92.467	€ 10.106	€ 96.431
Totaal	47	0,1	€ 11.086	€ 84.241	€ 11.611	€ 88.226

Tabel 38. Resultaten per concessiehouder



Figuur 15. Scatterplot aantal concessiehouders afgezet tegen het totaal aantal FTE

7.5 Resultaten per deelonderwerp/mate van automatisering

Niet van toepassing.

Bijlage 8 Beoordeling inkoopcriteria

In deze bijlage zijn antwoorden op de vragenlijst opgenomen die betrekking hebben op de beoordeling van de huidige inkoopcriteria. Aan de geënquêteerden is gevraagd aan te geven in hoeverre de gehanteerde criteria zinvol zijn voor het beoordelen van zorgaanbieders. Ook is gevraagd of het opleveren van de benodigde gegevens relatief veel of relatief weinig tijd kost. Bij het analyseren van de antwoorden is de volgende indeling gehanteerd:

> 50% Zinvol, > 50% kost relatief weinig tijd	> 50% Niet zinvol, > 50% kost relatief weinig tijd
> 50% Zinvol, > 50% kost relatief veel tijd	> 50% Niet zinvol, > 50% kost relatief veel tijd
Respons te laag (n<5)	

In onderstaande tabellen zijn per inkoopthema de uitkomsten weergegeven. De criteria waarover de zorgaanbieders geen uitspraken hebben gedaan zijn ook opgenomen in de tabellen.

Beschikbaarheid en Toegankelijkheid		Wel zinvol		Niet zinvol		Totaal
Vraagnr	criterium	Kost veel tijd	Kost weinig tijd	Kost veel tijd	Kost weinig tijd	
I.12.BT.6	Correcte wachtlijst.	8	2	1	1	12
I.12.BT.1	Minstens 8 bedden, op één afdeling geconcentreerd, in de toegelaten capaciteit beschikbaar hebben voor deze zorg (scope specifiek: V&V ZZP 9 herstelgerichte verpleging en verzorging met behandeling).		3	1	3	7
I.12.BT.2	Crisisbedden: minimaal aantal van 730 dagen. De zorgaanbieder met een afspraak voor crisisbedden verplicht zich om Zorgtoewijzing dagelijks te informeren over de dan geldende bezetting. Tevens zal de zorgaanbieder zich inspannen om binnen de wettelijke termijn, echter daar waar mogelijk sneller, een geldige indicatie aan te vragen.	3		1	3	7
I.12.BT.3	Realisatie van een Zorg In Natura Aanbod voor autisten.	1	1			2
I.12.BT.4	Binnen de kaders van uw erkenning en toelating c.q. capaciteit, geeft u de geïndiceerde zorg aan de cliënten die voor uw instelling kiezen.					
I.12.BT.5	De wachttijden (conform AZR) zijn binnen de treeknormering.					
I.12.BT.7	Wachtlijsten binnen de (J)LVG: de zorgaanbieder biedt zorg binnen de sectoren GGZ en GZ en draagt bij aan het efficiënt leveren van zorg aan de (J)LVG-doelgroepen.					
I.12.BT.8	De organisatie neemt, voor zover mogelijk, deel aan de Zorgtoewijzingscommissie (ZTC) en/of het Zorg advies en Begeleidings Team (ZABT) en er wordt gewerkt volgens het protocol zorgtoewijzing.					

Doelgroepen en Ketens		Wel zinvol		Niet zinvol		Totaal
Vraagnr	criterium	Kost veel tijd	Kost weinig tijd	Kost veel tijd	Kost weinig tijd	
I.12.DK.8	Vermaatschappelijking / kwartiermaken: de zorgaanbieder maakt het mogelijk dat klanten meer sociale contacten leggen en/of meer gebruik maken van maatschappelijke activiteiten die voor elke burger toegankelijk zijn op het gebied van welzijn, recreatie en daginvulling.	3	3			6
I.12.DK.2	Deelname ketenzorgprojecten m.b.t. CVA, Dementie en/of palliatieve zorg (scope specifiek: V&V ZP 4, ZP 5 & ZP 7, Zware zorg toeslag CVA).	8		3		11
I.12.DK.1	Ketenzorg JLVG-VG (scope specifiek: Kavel VG), waarbij concessiehouder een kader stelt m.b.t. beschikbare budget voor ketenzorg).	1		1		2
I.12.DK.3	Ketenzorg Zorg: integrale zorg aan kinderen, licht verstandelijk gehandicapten, verstandelijk gehandicapten met autisme, niet aangeboren hersenletsel, ouderwordende verstandelijk gehandicapten en/of verstandelijk gehandicapten met psychiatrische problematiek.	2	2			4
I.12.DK.4	Continuering van participatie in de keten Werken.	1	1			2
I.12.DK.5	Ketenzorg: zorgaanbieder functioneert in een zorgketen of geformaliseerd samenwerkingsverband t.b.v. een bepaalde doelgroep of aandoening, over de domeingrenzen heen (Zvw-AWBZ-Wmo), bijvoorbeeld ketenzorg dementie.	3	1			4
I.12.DK.6	Realisatie van een geïntegreerd zorgaanbod voor: kinderen en jeugdigen met GGZ problematiek, de GGZ klant als jonge ouder met het kind (pedagogische zorgbehoefte)en/of LVG klanten met multi-problematiek.		2			2
I.12.DK.9	Behandeling: RIBW heeft een samenwerkingsovereenkomst met een zorgaanbieder/geregistreerd psychiater/klinisch psycholoog die behandeling/diagnosticering/therapietrouw kan verzorgen.		1			1
I.12.DK.7	Aanbod van overbruggingszorg voor de uitstroom van klanten uit het APZ naar vormen van beschermd wonen.					

Kwaliteit		Wel zinvol		Niet zinvol		Totaal
Vraagnr	criterium	Kost veel tijd	Kost weinig tijd	Kost veel tijd	Kost weinig tijd	
I.12.Kw.25	Het zorgleef-, ondersteunings- of begeleidingsplan wordt tenminste één keer per jaar aantoonbaar geëvalueerd met de cliënt en/of diens wettelijk vertegenwoordiger.	5	3			8
I.12.Kw.10	Aantoonbaar een non-fixatie / sedatie beleid moeten voeren of andersoortig beleid waarin, afhankelijk van de doelgroep, terughoudendheid met betrekking tot fixeren / sederen is beschreven (scope specifiek: Zorgaanbieders met een BOPZ erkenning).	1	6			7
I.12.Kw.33	De zorgaanbieder zal moeten kunnen aantonen dat het in te zetten personeel geschoold is voor de levering van deze specifieke zorg. Onderdeel van deze scholing zal onder meer pijnbestrijding zijn (scope specifiek: V&V ZZP 10 palliatief terminale zorg).	3	4			7
I.12.Kw.9	Beleid vrijwilligers/mantelzorgers	4	6	1		11
I.12.Kw.24	Het zorgleef-, ondersteunings- of begeleidingsplan wordt binnen een (door de aanbieder) vastgestelde termijn opgesteld met en ondertekend door de cliënt of diens wettelijke vertegenwoordiger en de zorgaanbieder.	4	3	1		8
I.12.Kw.26	In het zorg- en/of leefplan van uw cliënten zijn alle betrokken hulpverleners (intern en extern) systematisch in kaart gebracht en afstemming- en samenwerkingsafspraken vastgelegd.	4	3	1		8
I.12.Kw.28	Zorg/leefplan: 100% van de klanten die langer dan 3 maanden in zorg zijn, beschikken over een tweezijdig (door zowel de klant/klantvertegenwoordiger als door een vertegenwoordiger van de instelling) ondertekend zorg/leefplan welke ten minste jaarlijks wordt geëvalueerd en bijgesteld.	8	4	1	1	14
I.12.Kw.31	Valpreventie is onderdeel van het zorgleef-/ ondersteunings-/ begeleidingsplan. In het individuele plan van de cliënt wordt systematisch aandacht besteed aan valpreventie in relatie tot de leefomstandigheden van de cliënt.	2	3	1		6
I.12.Kw.12	Innovatieproject (waarbij concessiehouder ondermeer eisen stelt aan doel, resultaat, meerwaarde voor cliënt, rapportages, financiële onderbouwing).	9		2		11

Kwaliteit		Wel zinvol		Niet zinvol		Totaal
Vraagnr	criterium	Kost veel tijd	Kost weinig tijd	Kost veel tijd	Kost weinig tijd	
I.12.Kw.16	Zorg die goed en veilig is en afgestemd op de klant	7	3	2	1	13
I.12.Kw.6	De instelling werkt systematisch aan het verbeteren van kwaliteit en borgt dit door een werkend kwaliteitstelsel	6	3	3	1	13
I.12.Kw.1	De aanbieder voert de zelfrapportage van het kwaliteitstelsel uit op het onderdeel zorginhoudelijke indicatoren en levert tijdig de gegevens aan bij Zichtbare zorg voor publicatie op KiesBeter.	3	3	3		9
I.12.Kw.11	Best practice op generiek thema en kavel specifiek thema.	2	1	2		5
I.12.Kw.34	De medewerkers zijn tevreden. Dit blijkt uit het laatste onafhankelijke medewerkerstevredenheidsonderzoek, in de periode 2008 - 2010 en is gepubliceerd in DigiMV onder rubriek C.12 .	2	6	2	4	14
I.12.Kw.5	De aanbieder heeft voor 1 juli 2010 aan Zichtbare zorg alle gegevens voor publicatie beschikbaar gesteld m.b.t. die zorginhoudelijke indicatoren van het Kwaliteitstelsel voor de intramurale gehandicaptenzorg en/of intramurale GGZ waarvan de Stuurgroep Zichtbare zorg heeft vastgesteld dat ze openbaar zijn.	3	1	3		7
I.12.Kw.30	Zorgleefplan (waarbij de concessiehouder ondermeer eisen stelt m.b.t. ondersteuning bij zorgvraagverduidelijking, evaluatie van afspraken, afspraken over mantelzorg, nazorg en overdrachtzorg).	5		4	2	11
I.12.Kw.2	Kwaliteitstelsel GZ Publicatie inhoudelijke criteria en/of verbeterpunten cliëntwaarderingsonderzoek.	1	1	3		5
I.12.Kw.29	In het zorg/leefplan van de klant is aantoonbaar aandacht voor het bevorderen van de zelfstandigheid en autonomie.	2	1			3
I.12.Kw.3	De zorgaanbieder werkt systematisch aan het verbeteren van de kwaliteit aan de hand van de sectorale kwaliteitstelsels. De zorgaanbieder publiceert actuele gegevens met betrekking tot kwaliteit van zorg via de eigen kwaliteitskaart uiterlijk 30 juli 2010 op www.kiesbeter.nl. Dit, op het niveau van de organisatorische eenheid (OE).	2		1		3

Kwaliteit		Wel zinvol		Niet zinvol		Totaal
Vraagnr	criterium	Kost veel tijd	Kost weinig tijd	Kost veel tijd	Kost weinig tijd	
I.12.Kw.32	De zorgaanbieder heeft in 2009 en/of in 2010 verbetertraject(en) uitgevoerd ten aanzien van het thema medicatieveiligheid. De cliëntenraad is tevreden over de bereikte voortgang en/of resultaten met betrekking tot de verbetertraject(en) "medicatieveiligheid". De bereikte voortgang en/of resultaten worden benoemd.	2		1		3
I.12.Kw.17	EBP: de zorgaanbieder hanteert de evidence-based practise methode bij de totstandkoming van de verschillende (behandel)methoden en werkwijzen van professionals.		1	2		3
I.12.Kw.18	Normen voor verantwoorde zorg A: de scores op deze indicatoren worden na accordering gepubliceerd op de website van het CIBG (DigiMV) en KiesBeter.nl.		1	1	1	3
I.12.Kw.36	Inzet functieniveau: de zorgaanbieder comprimeert zoveel mogelijk handelingen in zo min mogelijk zorgmomenten en zet per zorgmoment het maximum benodigde functieniveau in.	1		2		3
I.12.Kw.35	Wijkverpleegkundige: de instelling werkt met een wijkverpleegkundige die over de domeingrenzen heen samenwerkt met de huisarts en wijkbewoners.	2				2
I.12.Kw.8	Wat zijn de 2 kwaliteitsverbeterprojecten 2011 die in de overeenkomst worden opgenomen bij het onderdeel prestatieafspraken?	1	1			2
I.12.Kw.19	Normen voor verantwoorde zorg B: de zorgaanbieder scoort overwegend 80% van de indicatoren bovengemiddeld, 4 sterren of meer.		1		1	2
I.12.Kw.20	Normen voor verantwoorde zorg C: de zorgaanbieder scoort overwegend 80% van de indicatoren bovengemiddeld, 3 sterren of meer.		1		1	2
I.12.Kw.21	Normen voor verantwoorde zorg D: de Zorgaanbieder scoort overwegend (80% van de indicatoren) onder gemiddeld (2 sterren of minder).		1		1	2
I.12.Kw.22	Normen voor verantwoorde zorg E: de zorgaanbieder scoort 4 sterren of meer op het thema '2.1 Ervaren bejegening' in het cliënttevredenheidsonderzoek (CQ-index).		1		1	2

Kwaliteit		Wel zinvol		Niet zinvol		Totaal
Vraagnr	criterium	Kost veel tijd	Kost weinig tijd	Kost veel tijd	Kost weinig tijd	
I.12.Kw.14	Uit het meest recente IGZ-rapport blijkt dat er hoge tot zeer hoge risico's zijn met betrekking tot de kwaliteit van zorg (dit criterium heeft negatieve gevolgen voor de beoordeling).		1			1
I.12.Kw.13	De aanbieder heeft voldoende aandacht voor welzijnsaspecten: De aanbieder biedt de bewoners een voldoende en gevarieerd aanbod van ontspanningsactiviteiten aan, waaronder in ieder geval een aanbod op het gebied van beweging. Voorts biedt de aanbieder cliënten de mogelijkheid tot het raadplegen van een geestelijk verzorger.			1		1
I.12.Kw.4	De aanbieder scoort gemiddeld drie sterren of meer op de zorginhoudelijke criteria van de Normen Verantwoorde Zorg.					
I.12.Kw.7	Wat is het behaalde resultaat van de kwaliteitsverbetertrajecten zoals beschreven in de overeenkomst van 2009/2010?					
I.12.Kw.15	Besloten opvang: de zorgaanbieder maakt binnen de bestaande capaciteit ruimte voor besloten opvang voor crisisopvang voor de (J)LVG.					
I.12.Kw.23	Alle cliënten (intramuraal en extramuraal) hebben een eigen zorgplan dat regelmatig (minimaal 1x per jaar) wordt geëvalueerd en bijgesteld, voorzien van concrete doelen, acties en herleidbaarheid van geleverde zorg.					
I.12.Kw.27	De regie van de cliënt bij het eigen zorgplan is structureel gegarandeerd.					
I.12.Kw.37	Casemanagers: organisatie heeft regievoerders in dienst die de cliënt begeleiden in het zorgproces en de verbinding vormen tussen verschillende zorgaanbieders en zorgvormen. Bijvoorbeeld in de vorm van casemanagers.					

Managementinformatie/ administratieve organisatie		Wel zinvol		Niet zinvol		Totaal
Vraagnr	criterium	Kost veel tijd	Kost weinig tijd	Kost veel tijd	Kost weinig tijd	
I.12.MA.5	Actuele informatie zorgaanbod	3	9		1	13
I.12.MA.4	Administratieve eisen: - De EWS-gegevens worden binnen 28 dagen na afloop van elk kwartaal ingediend bij het zorgkantoor. - De productierealisatiecijfers worden binnen 28 dagen na afloop van de voorafgaande declaratieperiode/maand ingediend bij het zorgkantoor. - De gegevens in het kader van AZR worden conform de landelijke norm aangeleverd. Dat wil zeggen de MAZ binnen 3 werkdagen, de MUT binnen 5 werkdagen. - Vanaf 1 juli 2010 worden de individuele declaraties (voor de intramurale zorg) tijdig, juist en volledig aangeleverd volgens het daarvoor bestemde format. - De nacalculatie over 2009 is, voorzien van een ondertekende accountantsverklaring, voor 1 juni 2010 door het zorgkantoor ontvangen. - Het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording over 2009 is voor 1 juni 2010 bij het CIBG ingediend.	5	1	1		7
I.12.MA.1	Elke zorgaanbieder beschikt in 2011 per regio over minimaal een AGB-code en dus minimaal een AZR code voor de zorgregistratie en zorgdeclaratie	2	4	5		11
I.12.MA.3	AZR: AZR-berichtenverkeer is in de periode 1-1-2010 t/m 30-6-2010 adequaat (75% van de meldingen zijn binnen de gestelde norm van 5 werkdagen).	1	2			3
I.12.MA.2	De AZR gegevensuitwisseling volgens de CVZ kwaliteitsmonitor met betrekking tot de MAZ over de gemeten periode van 1 februari tot 1 augustus 2010, gebeurt conform de Prestatie Indicatoren.	1	1		1	3
I.12.MA.6	In hoeverre heeft u uw productaanbod inzichtelijk gemaakt voor het zorgkantoor. Voor welke groepen, in welke hoeveelheid, voor welke prijs en de specifieke leveringsvoorwaarden.					
I.12.MA.7	Tijdigheid en correctheid van de aanlevering van budgetformulieren, nacalculatie, maandelijkse productiegegevens en jaardocumenten					
I.12.MA.8	Tijdigheid en correctheid van aanlevering van meldingen aanvang zorg/mutaties/ meldingen beëindiging zorg aan het zorgkantoor via AZR.					

Managementinformatie/ administratieve organisatie		Wel zinvol		Niet zinvol		Totaal
Vraagnr	criterium	Kost veel tijd	Kost weinig tijd	Kost veel tijd	Kost weinig tijd	
I.12.MA.9	In hoeverre heeft u uw visie op zorg inzichtelijk gemaakt voor het zorgkantoor door middel van beleidsplannen, jaarplannen en behoefteonderzoek.					
I.12.MA.10	De instelling voldoet ultimo 2010 aan de voorwaarden als gesteld in de Regeling AO/IC AWBZ zorgaanbieders 2010?					

Prijs en Doelmatigheid		Wel zinvol		Niet zinvol		Totaal
Vraagnr	criterium	Kost veel tijd	Kost weinig tijd	Kost veel tijd	Kost weinig tijd	
I.12.PD.4	Het komen tot resultaatsafspraken die gericht zijn op de realisatie van de inkoopdoelen zoals aangegeven in het regionale inkoopplan.	5	3	3	1	12
I.12.PD.2	De continuering van (een deel van) de doelmatigheidsinitiatieven zoals afgesproken in 2010.	4	2	4	2	12
I.12.PD.14	De aanbieder heeft in 2010 een meerjarenbeleidplan opgesteld waarin de visie, doelstelling, voorwaarden en het tijdspad voor het leveren van Volledig Pakket Thuis staat vastgelegd.	1	2	2	1	6
I.12.PD.9	Impuls extramuralisering van de zorg een impuls: door- en uitstroombeleid van uw instelling in de offerte te uploaden, waarbij dit beleid niet ouder is dan 1 januari 2008.	1	1		3	5
I.12.PD.15	De aanbieder heeft in 2009 ten opzichte van 2008 een daling in het ziekteverzuimcijfer van tenminste 10% bewerkstelligd en/of het verzuimcijfer ligt onder 4%.		2	2	3	7
I.12.PD.1	Efficiency criterium	1	2	2	6	11
I.12.PD.3	Onrendabele lijnen: zorgaanbieder levert (onrendabele) extramurale zorg buiten een straal van 10 km, vanuit de uitvalsbasis van de medewerkers en de zorgaanbieder neemt alle cliënten in zorg met een indicatie 'Verpleging speciaal' en/of 'Begeleiding speciaal'.		1		2	3

Prijs en Doelmatigheid		Wel zinvol		Niet zinvol		Totaal
Vraagnr	criterium	Kost veel tijd	Kost weinig tijd	Kost veel tijd	Kost weinig tijd	
I.12.PD.5	Budgetafpraak: het verzoek tot definitieve vaststelling van het budget 2009, middels het nacalculatieformulier 2009, komt overeen met de laatst gemaakte budgetafpraak 2009. Indien het verzoek tot vaststelling van het definitieve budget 2009 minder dan 98% van de laatst gemaakte budgetafpraak 2009 bedraagt dan volgt een prijsafslag voor 2011.		2		1	3
I.12.PD.6	Stimuleren netwerk cliënt: de zorgaanbieder stimuleert de betrokkenheid en de daadwerkelijke inzet van het netwerk van de cliënt.	3				3
I.12.PD.7	Administratieve lasten: de zorgaanbieder ontplooit initiatieven om de administratieve lasten voor professionals te verminderen.			3		3
I.12.PD.10	Doorstroom V&V: de zorgaanbieder biedt in 2011 minimaal 3 plaatsen voor tijdelijke opname volgens bijbehorende productspecificatie 'Tijdelijke opname' en aanvullende voorwaarden.		2			2
I.12.PD.11	Doorstroom V&V: de zorgaanbieder heeft in 2010 geen cliënten geweigerd op te nemen in een verzorging- of verpleeghuis terwijl op basis van ingekochte ZZP's mix en bijbehorende productspecificaties de zorg- en dienstverlening geleverd had moeten worden.		2			2
I.12.PD.13	Doorstroom: gemiddeld 25% van de cliënten die begeleid wonen stromen jaarlijks door naar (Begeleid) zelfstandig wonen.			1		1
I.12.PD.8	Wat is de hoogte van de Reserve Aanvaardbare Kosten (RAK-positie)?					
I.12.PD.12	Doorstroom GZ: gemiddeld 25% van de cliënten die in een orthopedagogisch behandelcentrum wonen dienen jaarlijks uit te stromen.					

Klantgerichtheid		Wel zinvol		Niet zinvol		Totaal
Vraagnr	criterium	Kost veel tijd	Kost weinig tijd	Kost veel tijd	Kost weinig tijd	
I.12.Kl.17	De aanbieder heeft op basis van recent klantervaringsonderzoek in 2009 en 2010 verbeteracties in de intramurale zorg vormgegeven in samenspraak met de cliëntenraad. Doelstellingen en resultaten hebben de instemming van de cliëntenraad.	3	5			8
I.12.Kl.1	Score cliëntwaardering.	12	5	1		18
I.12.Kl.13	Er is een cliëntenraad/verwantenraad die door de instelling wordt betrokken bij ontwikkeling, planning en evaluatie van zorg(beleid).	13	9	1	1	24
I.12.Kl.5	De aanbieder bespreekt in 2010 de uitkomsten van de zelfrapportage over de zorginhoudelijke indicatoren en het cliëntwaarderingsonderzoek(CQ index voor de VVT) met de centrale cliëntenraad, zij stellen minimaal 2 gezamenlijke verbeterplannen op en evalueren deze minimaal een maal per jaar.	8	12	1	2	23
I.12.Kl.7	Informatieverstrekking over zorgaanbod aan individuele cliënt via website.	5	5	1	1	12
I.12.Kl.3	De aanbieder heeft een cliëntwaarderingsonderzoek uit laten voeren (in de periode 2008-2010) door een onafhankelijke organisatie wat representatief is voor de populatie cliënten van deze aanbieder (danwel deelname CE index).	7	6	2	1	16
I.12.Kl.2	Publicatie kwaliteitskaart en cliëntwaarderingsonderzoek.	5	4	3		12
I.12.Kl.12	Aanbieder en cliëntenraad zijn overeengekomen hoe de cliëntenraad door de zorgaanbieder wordt ondersteund in de uitvoering van haar werkzaamheden.	3	3	1	1	8
I.12.Kl.18	De centrale cliëntenraad wordt in 2010 aantoonbaar gefaciliteerd door de aanbieder middels secretariële ondersteuning en een naar eigen inzicht te besteden budget.	5	6	2	2	15
I.12.Kl.16	De aanbieder heeft naar aanleiding van zijn score op de inhoudelijke indicatoren van het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg en/of GGZ aantoonbaar in overleg met de cliëntenraad een plan van aanpak opgesteld dat tot verbeteringen voor de verblijfszorg moet leiden.		3	1	1	5

Klantgerichtheid		Wel zinvol		Niet zinvol		Totaal
Vraagnr	criterium	Kost veel tijd	Kost weinig tijd	Kost veel tijd	Kost weinig tijd	
I.12.Kl.15	De aanbieder heeft in samenspraak met de cliëntenraad afspraken gemaakt over de welzijnsactiviteiten binnen de locaties (activiteitenplan).	2	2	2	1	7
I.12.Kl.10	De aanbieder biedt de cliënt het gehele jaar de mogelijkheid om 10 dagdelen per week gebruik te maken van een dagactiviteitsaanbod.	1	3	2	2	8
I.12.Kl.8	Op de website van de aanbieder staat uiterlijk 1 januari 2011 uw ZPP-productspecificatie op locatieniveau helder en begrijpelijk voor cliënten gepubliceerd.	3	1	3	1	8
I.12.Kl.4	De aanbieder laat de CQ index uitvoeren (in de periode 2008-2010) welke representatief is voor de populatie cliënten van deze aanbieder binnen de Agis Zorgkantoorregio.	3		2	1	6
I.12.Kl.11	Wetenschappelijk onderzoek: de zorgaanbieder participeert in 2011 aantoonbaar in een (semi)wetenschappelijk onderzoek op universitair dan wel HBO niveau met als doel op de klant gerichte zorg- behandel- of begeleidingsstrategieën te ontwikkelen en te implementeren.	2			1	3
I.12.Kl.14	De cliëntenraad is aantoonbaar betrokken bij het opzetten van een activiteitenplan (waarbij concessiehouder specifieke eisen stelt aan de hoeveelheid, inhoud en frequentie van activiteiten)	3				3
I.12.Kl.6	Klantgerichtheid sector V&V: de zorgaanbieder maakt aantoonbaar gebruik van de Algemene Voorwaarden voor zorg met verblijf en/of zorg zonder verblijf voor de VV&T van Actiz en BTN.	1	1			2
I.12.Kl.9	De informatie over de instelling wordt beschikbaar gesteld door middel van folders, websites, zorgatlas en de instelling staat vermeld op kiesbeter.nl.					