

Generiek rapport eerste benchmark zorgkantoren

Kostenmeting 2003 en cliëntenraadpleging 2004

Utrecht, juni 2005

Inhoud

	Samenvatting	5
	Inleiding	9
1	Landelijke uitrol omvat kostenmeting en cliëntenraadpleging	11
	Landelijke uitrol vormt afsluiting ontwikkeling benchmark	11
	Benchmarkonderzoek instrument van en voor zorgkantoren	12
	Onderzoek gespreid over periode van driekwart jaar	14
	Onderzoeksbegeleiding	15
2	De kostenmeting: het instrument	17
	Meting gericht op beheerskosten	17
	Doelmatigheidsmeting vervangen door kostenmeting	17
	Kosten en budget per cliënt in combinatie met opbouw beheerskosten kernbegrippen in oorspronkelijke model	17
	Aantallen cliënten in pilot niet op te leveren	19
	Opgave aantallen cliënten in landelijk onderzoek nog onvoldoende volledig	19
	In landelijk onderzoek gekozen voor intramurale cliënten verpleeg- en verzorgingshuizen als basis	19
	Toerekening van kosten en tijdsbesteding aan onderscheiden taken onvoldoende tijdig opgevraagd	20
	Kostenonderzoek in plaats van doelmatigheid biedt inzicht in kostenniveaus vanuit zes perspectieven	20
	Kostenniveau vanuit zes perspectieven berekend	21
	Uitvoering kostenmeting via jaarverslag en aanvullende vragen	21
	Aanleveren gegevens doelmatigheid vereist inspanning zorgkantoren	22
3	De kostenmeting: uitkomsten	25
	Perspectieven kostenberekening tonen duidelijke verschillen in kostenniveaus	25
	Perspectief 1: beheerskosten per cliënt in relatie tot het aantal cliënten	25
	Perspectief 2: beheerskosten per cliënt in relatie tot het gecontracteerde budget per cliënt	26
	Perspectief 3: beheerskosten per cliënt in relatie tot het gecontracteerde budget per 65+'er	28
	Perspectief 4: beheerskosten in relatie tot het aantal cliënten per 1.000 65+'ers	29
	Perspectief 5: beheerskosten per 1.000 euro budget in relatie tot het aantal zorgaanbieders	30
	Perspectief 6: beheerskosten per 1.000 euro budget in relatie tot het totale gecontracteerde budget	30
	Vergelijking perspectieven biedt voldoende consistent beeld van positie zorgkantoren ...	31
	Zorgkantoren klasse A tonen aantal karakteristieken	32
	Zorgkantoren in klasse A werkzaam in werkgebied met middelgroot aantal inwoners .	33
	Relatie met omvang gecontracteerd zorgbudget niet duidelijk.	33
	Aandeel eigen kosten in zorgkantoren klasse A gemiddeld groter	34
	Aandeel personeelskosten in zorgkantoren klasse A gemiddeld groter	35
	Personeelskosten per fte in zorgkantoren klasse A en B gemiddeld lager dan in C-klasse.	36

	Kostenstructuur zorgkantoren in klasse A tonen relatief lage huisvestings- en afschrijvingskosten	37
	Aandeel beleidsmedewerkers en overige medewerkers in A-klasse lager	38
	Geen conclusie over relatie met aandeel ingehuurde medewerkers mogelijk	38
	Vergelijking opbouw beheerskosten per taak toont duidelijke verschillen aan.	39
	Uitkomsten analyse beheerskosten AWBZ-administratie afspiegeling totale beheerskosten	41
	Beheerskosten zorgcontractering niet sterk gerelateerd aan totale beheerskosten	43
	Sterke spreiding beheerskosten zorgbemiddeling geconstateerd	44
4	De cliëntenraadpleging: het instrument	47
	Het instrument en het onderzoeksverloop.	47
	Respons cliëntenraadpleging niet hoog	50
5	De cliëntenraadpleging: uitkomsten	53
	Totaalscores PGB-cliënten differentiëren tussen zorgkantoren	53
	Scores op module algemeen verschillen per cliëntgroep	55
	Score module eigenbijdrageregeling weinig gespreid over zorgkantoren	56
	Scores module PGB-regeling per thema sterk verschillend	57
	Verbeterpotentieel per thema inzichtelijk gemaakt	60
	Achtergrondkenmerken respondenten.	60
6	De samenhang tussen kostenniveau en cliëntoordeel	63
7	Conclusies en aanbevelingen	65
	Inhoudelijke kernbevindingen.	65
	Kostenonderzoek belicht positie zorgkantoren en mogelijke verklaringen voor kostenverschillen	65
	Tijdige afspraken kunnen belasting zorgkantoren verminderen	66
	Meting doelmatige zorginkoop relevant voor zorgkantoren	67
	Oordeel cliënten toont verbeterpotentieel zorgkantoren	68
	Onderzoeksverloop cliëntenraadpleging maakt wijziging in opzet noodzakelijk	68
	Relatie tussen kosten en cliëntoordeel nog niet te leggen	69
	Toekomstige benchmark in ander licht bezien	70
	Bijlage	
A	Verbeterpotentieel cliëntenraadpleging	73

Samenvatting

Dit rapport bevat het verslag van het eerste landelijke benchmarkonderzoek onder zorgkantoren. Doel van het rapport is het bieden van informatie op brancheniveau; de deelnemers ontvangen een afzonderlijk, individueel rapport waarin hun gegevens worden vergeleken met die van de andere deelnemers. Het rapport bevat zowel inhoudelijke bevindingen als de verantwoording van het instrumentarium en het onderzoeksverloop (op hoofdlijnen). De gegevens in dit rapport zijn niet herleidbaar tot individuele zorgkantoren.

Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) heeft de opdracht tot het uitvoeren van het onderzoek gegeven en de uitvoering aangestuurd, in samenwerking met Zorgverzekeraars Nederland. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft het onderzoek gesubsidieerd. Aan de voor dit onderzoek ingestelde begeleidingscommissie namen naast het CVZ en ZN ook vertegenwoordigers van drie concessiehouders (zeven zorgkantoren) deel. De commissie heeft veel tijd in de begeleiding geïnvesteerd, met als resultaat dat de inhoud van het onderzoek en de rapportages maximaal worden herkend vanuit de praktijk. Het onderzoek is uitgevoerd door medewerkers van het CVZ, door het NIVEL en door PricewaterhouseCoopers. De onderzoekers willen graag hun dank uitspreken naar ieder die een bijdrage aan het onderzoek heeft geleverd.

Inhoud en uitvoering benchmark

Het eerste landelijke benchmarkonderzoek omvat een meting van de beheerskosten en een cliëntenraadpleging. Oorspronkelijk was de opzet breder: toen in 2002 het instrumentarium werd ontwikkeld, was er additioneel sprake van een medewerkerraadpleging, een stakeholdersraadpleging en een bedrijfsvoeringonderzoek. In de pilot die in 2003 gehouden werd onder zeven zorgkantoren zijn deze instrumenten ook getest, maar om budgettaire redenen was het niet mogelijk om ze op te nemen in de landelijke uitrol.

Verder was het de opzet om naast de kostenmeting een meting van de doelmatigheid van zorginkoop uit te voeren, zodat de kosten gekoppeld zouden kunnen worden aan de prestaties van zorgkantoren. Deze opzet is al in de pilot verlaten, omdat de toenmalige begeleidingscommissie aangaf dat de zorgkantoren te weinig invloed op de zorginkoop konden uitoefenen om de resultaten te kunnen beschouwen als prestaties van de zorgkantoren. Er is daarom in de pilot besloten om de kostenmeting te richten op de beheerskosten, en dat is in de landelijke uitrol zo gebeven.

Het besluit om een landelijk onderzoek uit te voeren, werd medio 2004 genomen. Vanaf dat moment werden daar waar nodig de instrumenten aangepast, de voorlichtingsbijeenkomsten gehouden en de verdere voorbereidingen getroffen. De daaropvolgende maanden hebben de zorgkantoren en cliënten gebruikt om de vragenlijsten voor respectievelijk de kostenmeting en de cliëntenraadpleging in te vullen. Alle 32 zorgkantoren hebben aan het onderzoek deelgenomen. De kostenmeting had betrekking op 2003, de cliëntenraadpleging op 2004. Begin 2005 zijn de binnengekomen gegevens geanalyseerd. Daarna, in mei 2005, zijn de individuele rapporten en dit generieke rapport opgesteld. Het CVZ zal het generieke rapport, vergezeld van een standpuntbepaling, aanbieden aan het ministerie van VWS. Het onderzoek

is daarmee afgerond. Afgesproken is dat het instrumentarium en de benchmarkdatabase worden overgedragen aan de zorgkantoren. Op deze wijze kunnen de zorgkantoren desgewenst over enige tijd een nieuwe benchmark uitvoeren of tussentijds nieuwe gegevens vergelijken met het huidige bestand.

De kostenmeting

De meting van de beheerskosten is uitgevoerd door het kostenniveau per zorgkantoor te berekenen vanuit zes verschillende perspectieven, bijvoorbeeld de beheerskosten per cliënt in relatie tot het totale aantal cliënten en de beheerskosten per zorgaanbieder. Het begrip 'cliënt' is geoperationaliseerd als het aantal intramurale cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen plus het aantal cliënten dat op de wachtlijst staat voor opname in een verpleeg- of verzorgingshuis. De oorspronkelijke opzet om de kosten te relateren aan de totale cliëntgroep moest worden verlaten omdat deze niet volledig in beeld kon worden gebracht. Door de meting te baseren op zes verschillende perspectieven, is de verwachte vertekening gemitigeerd.

Voor elk van de zes gekozen perspectieven is per zorgkantoor het kostenniveau in beeld gebracht. Er blijkt sprake te zijn van schaalvoordelen, maar als daarvoor wordt gecorrigeerd, blijken er nog steeds substantiële verschillen tussen zorgkantoren te bestaan. Eveneens voor elk van de zes perspectieven zijn de zorgkantoren ingedeeld in drie groepen: een groep met een kostenniveau dat meer dan 10% onder het gemiddelde ligt, een groep met een kostenniveau rond het gemiddelde en een groep met een kostenniveau dat meer dan 10% boven het gemiddelde ligt. Het bleek dat de scores redelijk consistent waren: een zorgkantoor dat op het ene perspectief gunstig scoort, doet dat relatief vaak ook op de andere perspectieven.

Vanuit de individuele rapporten kunnen de zorgkantoren zich daarmee een beeld vormen van hun kostenniveau in relatie tot dat van andere. Via een aantal verklarende analyses zijn mogelijke aanknopingspunten voor verbetermaatregelen aangegeven.

Voor dit generieke rapport is van belang dat door combinatie van de zes perspectieven een ordening van zorgkantoren gemaakt kon worden en dat vervolgens kon worden onderzocht of de zorgkantoren met over het geheel genomen een laag kostenniveau bepaalde gemeenschappelijke kenmerken vertonen. Dit laatste bleek inderdaad het geval te zijn:

- a zorgkantoren met een laag kostenniveau zijn relatief vaak werkzaam in een qua inwoneraantal middelgroot gebied; zorgkantoren met een hoog kostenniveau zijn relatief vaak werkzaam in een klein werkgebied, terwijl de middengroep werkzaam kan zijn in zowel grote als kleine gebieden;
- b in zorgkantoren met een laag kostenniveau behoort een relatief groot deel van de kosten tot de 'eigen', dus niet-doorbelaste kosten;
- c in zorgkantoren met een laag kostenniveau is het aandeel personeelskosten in de totale kosten hoger dan in de andere zorgkantoren en het aandeel huisvestings- en afschrijvingskosten lager;
- d in zorgkantoren met een laag kostenniveau zijn de gemiddelde personeelskosten per fte lager dan in de andere zorgkantoren;
- e in zorgkantoren met een laag kostenniveau werken relatief minder beleidsmedewerkers.

Een aantal andere door ons onderzochte factoren bleken géén verklaring voor kostenverschillen te bieden. Dat gold voor het gecontracteerde budget en het aandeel ingehuurd medewerkers.

Uit het kostenonderzoek bleek verder dat de zorgkantoren met een laag kostenniveau bijna altijd ook zorgkantoren waren die inzicht hadden in hun kostenstructuur. De scores van zorgkantoren die tot een en dezelfde concessiehouder behoren, liggen redelijk op één lijn maar verschillen voldoende van elkaar om een meting op het niveau van het zorgkantoor (en niet van de concessiehouder) te rechtvaardigen. De doorbelasting van kosten door concessiehouders biedt slechts gedeeltelijk een verklaring voor kostenverschillen tussen zorgkantoren.

Behalve het totale kostenniveau zijn ook analyses uitgevoerd voor de onderscheiden taken AWBZ-administratie, zorgcontractering en – in mindere mate – zorgbemiddeling. Deze analyses betroffen uitsluitend een aantal hoofdlijnen, omdat de gegevens die nodig waren voor diepgaandere analyse (toerekenen van kosten en tijdsbesteding aan taken) pas medio 2004 konden worden opgevraagd en daardoor over 2003 niet meer aan te leveren waren.

De cliëntenraadpleging

De cliëntenraadpleging is uitgevoerd via een schriftelijke raadpleging van cliënten die in of voorafgaand aan het onderzoek contact hadden gehad met het zorgkantoor in verband met het opleggen van een eigen bijdrage (EB) of in verband met een aanvraag voor een Persoonsgebonden Budget (PGB). Er is een steekproef uit beide groepen getrokken. De raadpleging bestond uit drie modules: een algemene module die aan alle geselecteerde cliënten werd voorgelegd, een module uitvoering eigenbijdrageregeling en een module uitvoering PGB-regeling. Deze laatste twee modules zijn alleen voorgelegd aan de cliënten die daarmee te maken hadden gehad. Aan de cliënten is gevraagd om een oordeel te geven over de kwaliteit van de dienstverlening en over het belang dat zij aan de verschillende aspecten van de dienstverlening hechten.

De respons van de EB-cliënten bedroeg 20,8% en van de PGB-cliënten 34,1%. Deze respons is niet hoog. Een van de oorzaken, blijkend uit contact van cliënten met de helpdesk en uit opmerkingen op geretourneerde (lege) vragenlijsten, is dat vooral EB-cliënten te weinig zicht hebben op de taken die het zorgkantoor uitvoert. Niet zelden verkeerden de cliënten in de veronderstelling dat de raadpleging betrekking had op het indicatieorgaan of een andere instantie.

Zorgkantoren kunnen de resultaten van de raadpleging gebruiken om na te gaan hoe hun scores zich verhouden tot die van andere zorgkantoren en daaraan aanknopingspunten voor prioritering van verbeteracties te onttelen. Verder kunnen de zorgkantoren de resultaten vergelijken met een door henzelf te stellen streefnorm.

Conclusies en aanbevelingen

Het rapport wordt besloten met een aantal conclusies en aanbevelingen. In de tabel hieronder worden ze samengevat.

Onderwerp	Conclusie/aanbeveling
Algemeen	De benchmark levert zorgkantoren eerste aanknopingspunten voor verbetering in kostenniveau of kwaliteit vanuit cliëntperspectief. Daarmee is het naast bijvoorbeeld de AZR of de jaarverslaglegging een bron van stuurinformatie.
Kostenmeting	De onderzoekers bevelen aan om in een eventuele volgende benchmark te bezien of het mogelijk is om naast het niveau van de beheerskosten ook de doelmatigheid van zorginkoop te meten.
	Bij een volgende benchmark is het aan te raden om tijdig afspraken te maken over het registreren van gegevens die niet uit de standaardregistratie kunnen worden verkregen maar die wel relevant worden geacht (het toerekenen van kosten en tijdsbesteding naar taken).
	Het verdient aanbeveling (ook los van de benchmark) om de AZR zodanig uit te bouwen dat de zorgkantoren snel en actueel inzicht kunnen krijgen in hun volledige cliëntenbestand.
Cliëntenraadpleging	Om de respons op de cliëntenraadpleging te verhogen, bevelen de onderzoekers aan om te kiezen voor een systematiek waarin cliënten kort na hun contact met het zorgkantoor een vragenlijst toegezonden krijgen door hun eigen zorgkantoor. Bovendien kan dan gewerkt worden met een reminder.
	Wij raden aan om de raadpleging de volgende keer ook te richten op de zorgbemiddelingscliënten, eventueel in de plaats van de EB-cliënten.
Niet-toegepaste instrumenten	Het effect van het (in vergelijking met de pilot) ontbreken van de medewerkerraadpleging, de stakeholdersraadpleging en het bedrijfsvoeringonderzoek kan niet worden gemeten. Toch valt te overwegen om een volgende keer in ieder geval de laatste twee instrumenten wel in te zetten.
	Deze eerste landelijke benchmark kan worden gezien als een nulmeting. Bij een volgende benchmark kan qua instrumentarium en logistiek worden geprofiteerd van de nu opgedane ervaringen.
	Wij bevelen aan om te bezien of de referentiegroep kan worden uitgebreid, zodat meer spiegelmetaal kan worden opgeleverd.
	Benchmarking is geen doel op zich. Het verdient aanbeveling om te komen tot een systeem waarin vanuit basisregistraties van zorgkantoren zowel interne stuurinformatie als spiegelinformatie en verantwoordingsinformatie wordt gegenereerd. Op die wijze wordt maximaal rendement tegen minimale inspanningen geborgd.

Inleiding

In 2004 hebben alle 32 zorgkantoren deelgenomen aan een onderzoek naar de beheerskosten en aan een cliëntenraadpleging. Beide onderzoeken maken deel uit van het project benchmarking zorgkantoren. In het vervolg van het rapport wordt daarom kortheidshalve gesproken van 'het benchmarkonderzoek'.

Opdrachtgever voor het benchmarkonderzoek was het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft het onderzoek mede aangestuurd. Het onderzoek is gesubsidieerd door het ministerie van VWS en uitgevoerd door medewerkers van het CVZ, het NIVEL en PricewaterhouseCoopers.

In het nu voorliggende rapport worden de onderzoeksbevindingen op landelijk niveau besproken: zowel de inhoudelijke resultaten als het onderzoeksverloop. De gegevens in dit rapport zijn niet bedoeld om de positie van individuele zorgkantoren weer te geven, en zijn dus niet herleidbaar tot individuele zorgkantoren. Inmiddels hebben alle benchmarkdeelnemers tevens een individueel rapport ontvangen, waarin hun eigen resultaten zijn vergeleken met die van de andere zorgkantoren.

Met het uitbrengen van deze rapporten is het benchmarktraject van het CVZ in feite afgerond. Afgesproken is dat het project wordt overgedragen aan de zorgkantoren, zodat zij als eigenaar van de benchmark onder eigen verantwoordelijkheid periodiek een benchmarkonderzoek kunnen uitvoeren.

De onderzoekers zijn al diegenen die aan dit benchmarkonderzoek hebben meegewerkt, zeer erkentelijk.

Opbouw van het rapport

Het rapport telt zeven hoofdstukken. In het eerste hoofdstuk wordt ingegaan op het benchmarkmodel en het verloop van het onderzoek. In het tweede hoofdstuk staat het instrument van de kostenmeting centraal, in het derde hoofdstuk de resultaten ervan. In hoofdstuk 4 wordt het instrument van de cliëntenraadpleging nader besproken en in hoofdstuk 5 de resultaten. Vervolgens wordt in hoofdstuk 6 aandacht besteed aan de mate waarin de resultaten van beide instrumenten met elkaar in verband kunnen worden gebracht. In hoofdstuk 7 ten slotte vatten de onderzoekers hun conclusies samen: wat heeft het onderzoek in hoofdlijnen opgeleverd en wat zijn de perspectieven? Verder formuleren de onderzoekers in dit hoofdstuk een aantal aanbevelingen vooral voor de doorontwikkeling van het instrumentarium. De bijlage bevat een overzicht van het verbeterpotentieel dat uit de cliëntenraadpleging naar voren is gekomen.

1 Landelijke uitrol omvat kostenmeting en cliëntenraadpleging

1.01 In dit hoofdstuk gaan wij in op de inhoud en het verloop van het onderzoek. Na een korte terugblik op de voorgeschiedenis wordt het doel van de benchmark toegelicht en wordt in hoofdlijnen het benchmarkmodel beschreven. Ten slotte wordt de uitvoering van het onderzoek als geheel beschreven. De uitvoering van de deelonderzoeken (de kostenmeting en de cliëntenraadpleging) wordt in de latere hoofdstukken toegelicht.

Landelijke uitrol vormt afsluiting ontwikkeling benchmark

1.02 Het CVZ is in 2001 op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gestart met een benchmarktraject voor zorgkantoren. Het traject is in drie hoofdfasen ingedeeld:

- a fase 1: vaststelling van de uitgangspunten voor de benchmark en ontwikkeling van het instrumentarium;
- b fase 2: uitvoering van de testbenchmark;
- c fase 3: uitvoering van de eerste landelijke benchmark.

1.03 Na vaststelling van de uitgangspunten voor het traject door het CVZ is in 2001/2002 door een aantal onderzoeksbureaus het instrumentarium voor de benchmark ontwikkeld, in samenwerking met een werkgroep waaraan vertegenwoordigers van het CVZ en van vier zorgkantoren deelnamen.

- 1.04 Het volledige benchmarkinstrumentarium bestond uit de volgende vijf onderdelen:
- a een doelmatigheidsmeting;
 - b een cliëntenraadpleging (om de kwaliteit van de dienstverlening vanuit cliëntperspectief te meten);
 - c een medewerkersraadpleging (om de kwaliteit van de dienstverlening vanuit medewerkerperspectief en de kwaliteit van het zorgkantoor als werkgever te meten);
 - d een stakeholdersraadpleging (om de kwaliteit in de ogen van stakeholders oftewel de maatschappelijke waardering te meten);
 - e een bedrijfsvoeringonderzoek (om de opzet en inrichting van de bedrijfsvoeringprocessen te inventariseren).

1.05 De vijf instrumenten (met voor wat betreft de doelmatigheidsmeting een beperking tot de beheerskosten, zie verderop) zijn in 2003 getest bij zeven zorgkantoren. De test is uitgevoerd door het NIVEL en PricewaterhouseCoopers. Het aantal deelnemende zorgkantoren liet het niet toe om inhoudelijke conclusies te trekken over de uitkomsten, maar wel bleek dat het instrumentarium na enkele aanpassingen geschikt zou zijn voor een integrale landelijke uitrol. De pilotzorgkantoren waren van mening dat de benchmark in potentie relevante spiegelinformatie oplevert, die een aanknopingspunt vormt voor verbetering van de bedrijfsvoering.

1.06 In 2004 besloot het CVZ om gelet op de financiële kaders voor het project de landelijke uitrol van de benchmark te richten op het doelmatigheidsonderzoek en de cliëntenraadpleging. Het NIVEL en PricewaterhouseCoopers hebben rond de zomer van dat jaar de voorbereiding daarvan ter hand genomen. Tijdens de uitvoering van het onderzoek is, zoals in hoofdstuk 2 zal worden toegelicht, besloten om de doelmatigheidsmeting te vervangen door een kostenmeting.

1.07 Het CVZ en ZN hebben de zorgkantoren benaderd voor deelname. Alle 32 zorgkantoren hebben besloten om aan het onderzoek deel te nemen.

Benchmarkonderzoek instrument van en voor zorgkantoren

1.08 Benchmarking is het systematisch vergelijken van prestaties van organisaties, in casu dus van zorgkantoren. Het aanbieden van spiegelinformatie is niet het doel maar het middel; uiteindelijk doel is het verbeteren van de bedrijfsvoering.

1.09 Het feit dat dit onderzoek beperkt is tot een kostenmeting en een cliëntenraadpleging in plaats van het van oorsprong bredere instrumentarium, doet aan de doelstelling niets af. Het gaat nog steeds om informatie waarmee aanknopingspunten voor verbetering kunnen worden gevonden. Benchmarking is primair een instrument van en voor zorgkantoren. Nevendoel is het vergroten van de transparantie door het opleveren van beleidsinformatie op landelijk niveau.

1.10 De oorspronkelijke opzet van de benchmark was om de uitkomsten van de instrumenten in onderlinge samenhang te bezien. Zo zou de vraag kunnen worden beantwoord of bijvoorbeeld de cliënten van doelmatige zorgkantoren anders oordelen over de dienstverlening dan de cliënten van minder doelmatige zorgkantoren. Zorgkantoren die op meerdere aspecten goed scoren, bieden voor de andere deelnemers het beste referentiekader.

1.11 Nu echter de landelijke benchmark is uitgevoerd, constateren wij dat de koppeling van de uitkomsten op dit moment nog niet tot bruikbare resultaten leidt.

1.12 De oorzaak daarvan is dat zowel in de opzet van de doelmatigheidsmeting als in die van de cliëntenraadpleging noodgedwongen is afgeweken van de oorspronkelijk beoogde reikwijdte van de deelonderzoeken. In de doelmatigheidsmeting bleek – zoals later nog zal worden toegelicht – een koppeling van kosten aan prestaties nog niet volledig mogelijk, terwijl uit de cliëntenraadpleging bleek dat alleen het oordeel van PGB-cliënten voldoende differentieerde tussen de zorgkantoren om een eindoordeel op te baseren. In beide gevallen is er dus sprake van een smallere definitie dan was bedoeld, waardoor het de vraag is of er wel een relatie verwacht mag worden. Dit wordt versterkt doordat de onderzoeksgroep van 32 erg klein is om een dergelijke analyse uit te voeren.

1.13 De onderzoekers en de begeleidingscommissie zijn overigens van mening dat de benchmark niet staat of valt met de mogelijkheid om de deelluitkomsten te koppelen. Het inzicht in de positie van het individuele zorgkantoor ten opzichte van de andere deelnemers, het inzicht in de factoren die verschillen in kostenniveaus kunnen verklaren en het verbeterpotentieel dat de cliëntenraadpleging zichtbaar maakt, bieden aanknopingspunten voor verbetermaatregelen ook zonder koppeling van deelluitkomsten.

1.14 In hoeverre het voor de bruikbaarheid van de benchmarkresultaten een rol heeft gespeeld dat in de landelijke uitrol in vergelijking met de pilot een aantal instrumenten is geschrapt, laat zich alleen in theorie beschrijven. De onderzoekers hebben op grond van de bevindingen in dit landelijke onderzoek en in de pilot de indruk dat de resultaten van de medewerkerraadpleging relatief los staan van de resultaten van de andere instrumenten. De stakeholdersraadpleging zou het kwaliteitsbegrip waarschijnlijk goed hebben kunnen aanvullen, zeker nu is gebleken dat veel EB-cliënten niet of nauwelijks zicht hebben op de wijze waarop het zorgkantoor zijn taken uitvoert. Het bedrijfsvoeringonderzoek had mogelijk een aanvulling kunnen bieden op de verklaring van gevonden verschillen in kostenniveau of cliëntoordeel, maar de onderzoekers merken op dat de doelmatigheidsmeting en de cliëntenraadpleging zelf ook al aanknopingspunten bieden.

1.15 De benchmark heeft in principe betrekking op alle taken die de zorgkantoren uitvoeren. Er is echter besloten om de kostenmeting te richten op de meest omvangrijke taken, te weten de AWBZ-administratie en de zorgcontractering, met daarbij op hoofdlijnen de zorgbemiddeling. De twee andere taken (informatievoorziening en overige taken waaronder AZR-registratie) zijn in kostenopzicht marginaal en daarbinnen zijn moeilijker prestaties te onderkennen waarbij de activiteiten kunnen worden gerelateerd aan de kosten. Het meenemen van deze taken zou bovendien een extra belasting voor de zorgkantoren betekenen.

1.16 In de benchmark wordt niet gewerkt met normen of streefwaardes. De prestaties van zorgkantoren worden uitsluitend met die van andere zorgkantoren vergeleken. Op deze wijze wordt geborgd dat de zorgkantoren zich spiegelen aan werkelijk bestaande zorgkantoren en niet aan fictieve theoretische constructies. Bovendien wordt voorkómen dat de zorgkantoren de resultaten onbruikbaar achten als zij de juistheid van de normering niet onderschrijven.

1.17 Benchmarken is een cyclisch proces. De prestatiemeting resulteert in spiegelinformatie, die aanknopingspunten voor verbetermaatregelen biedt. Deze verbeteracties moeten leiden tot betere prestaties op het gebied van doelmatigheid of kwaliteit. Deze prestaties kunnen in een volgende benchmarkronde opnieuw worden gemeten, en deze nieuwe meting leidt opnieuw tot spiegelinformatie.

1.18 In de benchmarkonderzoeken die momenteel worden uitgevoerd onder de verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorginstellingen is vanuit deze cyclusbenadering een begin gemaakt met de zogenoemde permanente benchmarking. Met behulp van een benchmarkdatabase die voortdurend geactualiseerd kan worden (zoveel mogelijk direct vanuit de basisregistraties van zorgaanbieders), kunnen de benchmarkdeelnemers zelfstandig en op elk gewenst moment een vergelijking maken tussen nieuwe instellingsresultaten en actuele spiegelinformatie. Deze deelbenchmarks kunnen worden gecompleteerd door een integrale benchmarking bijvoorbeeld om de drie jaar.

1.19 Ook voor de benchmark zorgkantoren is een database ingericht. Na afronding van dit eerste landelijke onderzoek is het nu aan de zorgkantoren om te besluiten of en zo ja op welke wijze zij deze database willen benutten voor volgende benchmarks of tussentijdse zelfevaluatie.

1.20 De onderzoekers beschouwen deze eerste landelijk benchmark als een nulmeting. Een aantal inhoudelijke en logistieke aspecten dient bij een eventuele volgende benchmark opnieuw te worden geijkt aan de dan bestaande wensen en mogelijkheden.

Onderzoek gespreid over periode van driekwart jaar

1.21 Zodra zeker was dat het benchmarkonderzoek doorgang kon vinden, in juni 2004, is gestart met een aantal voorbereidende werkzaamheden zoals de aanpassing van de instrumenten op basis van de pilotresultaten. Verder zijn in deze maand een protocol betreffende het eigendom van benchmarkgegevens (de gegevens blijven eigendom van de zorgkantoren) en een conceptovereenkomst tussen het CVZ en de zorgkantoren opgesteld. In deze overeenkomst is geregeld voor welk doel de gegevens mogen worden gebruikt en wie er toegang tot de gegevens hebben.

1.22 Voor de zorgkantoren startte het onderzoek in juli 2004 met twee bijeenkomsten voor de managers van alle zorgkantoren. In deze bijeenkomst is met de zorgkantoren van gedachten gewisseld over de opzet en planning van respectievelijk de kostenmeting en de cliëntenraadpleging.

1.23 Tijdens de bijeenkomsten werd aan de zorgkantoren een map uitgereikt met daarin een toelichting op de benchmark, een gedetailleerde planning, een exemplaar van de vragenlijsten en een toelichting op de vragenlijsten. De toelichting op de benchmark verscheen ook in de vorm van een aparte brochure. Met behulp van dit materiaal konden de zorgkantoren zich voorbereiden op het onderzoek en hun medewerkers op de hoogte stellen.

1.24 De kostenvragenlijst is mede naar aanleiding van de betreffende bijeenkomst nog aangepast en in september naar de zorgkantoren verzonden. De zorgkantoren hebben de vragenlijst in de periode september tot en met november ingevuld. De vragenlijsten voor de cliëntenraadpleging zijn in de maanden juli tot en met september verzonden. Gedurende de gehele periode was er een helpdesk beschikbaar waar zorgkantoren en cliënten terecht konden met vragen en opmerkingen. Meer informatie over de uitvoering van de beide deelonderzoeken vindt u in de desbetreffende hoofdstukken.

1.25 In december zijn de resultaten van de kostenmeting geanalyseerd en is aan een aantal zorgkantoren aanvullende informatie betreffende de kostenmeting gevraagd. Met behulp daarvan zijn begin 2005 de definitieve analyses uitgevoerd.

1.26 Begin 2005 is tevens het eerste concept van de individuele rapportages geschreven. Na enkele commentaarrondes zijn in mei de individuele rapportages gevuld en gecontroleerd. De rapporten zijn geproduceerd met behulp van een automatische rapportgenerator, hetgeen betekent dat de rapporttekst voor elk zorgkantoor identiek is en dat de rapporten automatisch worden gevuld met tabellen en figuren waarin de eigen gegevens in relatie met die van andere deelnemers worden getoond.

1.27 Aansluitend aan de productie van de individuele rapporten is dit generieke rapport geproduceerd. Het rapport wordt voorgelegd aan het bestuur van het CVZ. Het bestuur zal het rapport voorzien van een standpuntbepaling en beide aanbieden aan het ministerie van VWS.

1.28 Als afrondende activiteit zal het CVZ een evaluatie uitvoeren, waarin de zorgkantoren zal worden gevraagd naar de toepasbaarheid van de benchmarkresultaten. Mogelijk wordt daarna een afsluitende landelijke bijeenkomst georganiseerd.

Onderzoeksbegeleiding

1.29 Het onderzoek is begeleid door een begeleidingsgroep waarin vertegenwoordigers van het CVZ, ZN en drie concessiehouders (zeven zorgkantoren) zitting hadden. De begeleidingsgroep had tot taak de voortgang van het onderzoek te bewaken en de conceptresultaten te beoordelen. De belangrijkste uitkomsten van het onderzoek zijn bovendien besproken op een bijeenkomst van zorgkantoormanagers.

1.30 Verder is een kernteam geformeerd, dat tot taak had de bijeenkomsten van de begeleidingsgroep voor te bereiden en praktische onderzoeksvragen op te lossen. Deelnemers waren het CVZ, ZN en de onderzoekers.

2 De kostenmeting: het instrument

2.01 In dit hoofdstuk staat de kostenmeting centraal. Allereerst worden het instrument en het onderzoeksverloop toegelicht en vervolgens worden de resultaten beschreven. De kostenmeting is uitgevoerd door het CVZ en PricewaterhouseCoopers.

Meting gericht op beheerskosten

2.02 Toen het benchmarkinstrumentarium werd ontwikkeld, is rekening gehouden met twee soorten doelmatigheid: de hoogte van de beheerskosten enerzijds en de doelmatigheid van zorgcontractering en zorgbemiddeling anderzijds. Tijdens de voorbereiding van de pilot is echter besloten om alleen de beheerskosten in het benchmarkonderzoek op te nemen. Het opnemen van de doelmatigheid van zorgcontractering en –bemiddeling zou betekenen dat de resultaten ervan, dus de beschikbaarheid van zorg, als prestaties van zorgkantoren werden beschouwd. De toenmalige begeleidingsgroep was van mening dat dit geen reëel uitgangspunt was, omdat deze prestaties onvoldoende door zorgkantoren beïnvloed konden worden. De beschikbaarheid van zorg is immers ook afhankelijk van bijvoorbeeld het beleid van overheid en zorgaanbieders, de werkwijze van indicatieorganen en de beschikbare financiële middelen.

2.03 Ook in het landelijke onderzoek zijn alleen de beheerskosten onderzocht. In de afrondende gesprekken in de begeleidingscommissie is vervolgens geopperd om in de toekomst toch weer te onderzoeken of niet ook de doelmatigheid van zorgcontractering en –bemiddeling onderwerp van benchmarking kan worden. De invloed van zorgkantoren hierop is in vergelijking met enkele jaren terug groter geworden, onder meer door opheffing van de contracteerplicht. Overigens moet wel worden opgemerkt, dat de beheerskosten slechts een klein percentage (minder dan 1%) van de totale zorgkosten vormen. Voor individuele zorgkantoren van groot belang, maar vanuit het perspectief van de totale AWBZ-kosten marginaal. Daarentegen is de invloed die zorgkantoren kunnen uitoefenen op de totale AWBZ-kosten, groot te noemen.

Doelmatigheidsmeting vervangen door kostenmeting

2.04 Doelmatigheid was in de pilot gedefinieerd als de relatie tussen de beheerskosten per cliënt enerzijds en de daarmee bekostigde prestaties anderzijds. Hoe lager de beheerskosten per prestatie, hoe doelmatiger het zorgkantoor, was het adagium.

Kosten en budget per cliënt in combinatie met opbouw beheerskosten kernbegrippen in oorspronkelijke model

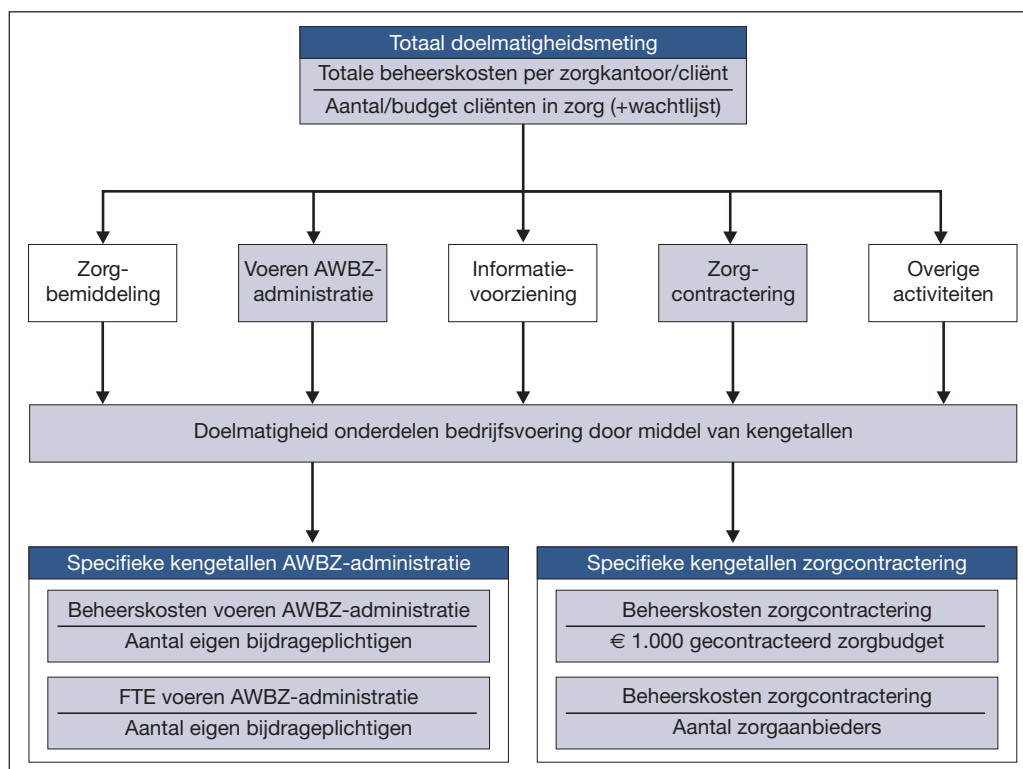
2.05 In de pilot is het begrip doelmatigheid in overleg met de (pilot)zorgkantoren geoperationaliseerd in de vorm van een aantal neutrale kengetallen zonder normatief element. Het is immers in de benchmark niet de bedoeling om vanuit de onderzoekers aan te

geven wat meer of minder doelmatig is. Het gaat uitsluitend om een vergelijking tussen zorgkantoren.

2.06 Als hoofdkengetal was in eerste instantie in de pilot gekozen voor de beheerskosten per cliënt (in relatie tot het per cliënt gecontracteerde budget). Met de term cliënten werd niet alleen bedoeld op de cliënten voor wie het zorgkantoor zorg heeft ingekocht (al of niet afkomstig uit het eigen werkgebied), maar ook voor de cliënten op de wachtlijst (in het werkgebied van het zorgkantoor). In feite biedt het hoofdkengetal dus inzicht in de vraag hoe hoog de beheerskosten per gecontracteerde euro zijn.

2.07 Het model was verder zodanig opgebouwd, dat het hoofdkengetal zou kunnen worden verklaard uit de beheerskosten van de onderscheiden taken van zorgkantoren. Per taak waren kengetallen geformuleerd: in principe telkens de kosten per taak gerelateerd aan het aantal cliënten per taak. De beheerskosten per taak zouden weer kunnen worden verklaard uit onderliggende factoren, zoals het aantal fte's per taak of de verhouding tussen eigen kosten en (door de concessiehouder) toegerekende kosten. Op deze wijze zou een piramide van verklarende factoren ontstaan, waardoor niet alleen inzicht zou ontstaan in de doelmatigheidsverschillen op zich maar ook in de oorzaken daarvan. Het model is in figuur 2-1 afgebeeld, met daarin de AWBZ-administratie en de zorgcontractering als voorbeeld uitgelicht.

Figuur 2-1: Oorspronkelijk analysemodel doelmatigheidsmeting



Bron: Benchmark zorgkantoren 2004

Aantallen cliënten in pilot niet op te leveren

2.08 In de pilot was echter gebleken dat het op grond van de beschikbare gegevens niet mogelijk was om het totale aantal cliënten in zorg en op de wachtlijst voldoende nauwkeurig vast te stellen. Daarmee kwam het hoofdkengetal op losse schroeven te staan en als gevolg daarvan de andere kengetallen ook. Daarom zijn in de pilot de beheerskosten niet gerelateerd aan het aantal cliënten, maar aan het gecontracteerde zorgbudget: de beheerskosten per gecontracteerde euro. Hoe lager het percentage, hoe doelmatiger het zorgkantoor. Aan deze keuze kleefde echter een bezwaar: bij een gelijk niveau van beheerskosten zou een zorgkantoor dat zich richt op een doelmatige inkoop uitkomen op een hoger percentage dan een zorgkantoor dat dit niet doet. Het eerste zorgkantoor zou dan vanuit het perspectief van de beheerskosten minder doelmatig zijn, maar gezien vanuit het inkoopperspectief doelmatiger. Dit zou verwarring kunnen wekken. Besloten is dan ook om in de landelijke uitrol in ieder geval een ander kengetal te kiezen.

Opgave aantallen cliënten in landelijk onderzoek nog onvoldoende volledig

2.09 De verwachting van de toenmalige begeleidingscommissie was dat in de landelijke uitrol, die betrekking zou hebben op gegevens uit 2003, wél mogelijk zou zijn om het aantal cliënten per zorgkantoor vast te stellen. Destijds was het de bedoeling dat in 2003 de AWBZ-brede ZorgRegistratie (AZR) voldoende operationeel zou zijn om deze gegevens zonder extra inspanning voor de zorgkantoren op te leveren.

2.10 Deze verwachting kwam echter niet uit. De implementatie van de AZR was in 2003 nog niet voldoende ver gevorderd om de beoogde cijfers te genereren. Bovendien heeft de AZR geen betrekking op extramurale GGZ-cliënten, omdat de extramurale GGZ zal worden overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. De gedachte was om de aantallen cliënten af te leiden uit de uitvoeringsverslagen van de zorgkantoren over 2003, maar de daarin opgenomen gegevens bleken voor benchmarkdoeleinden onvoldoende bruikbaar. Voor cliënten waarvoor geen eigen bijdrage verschuldigd is, zijn geen cliëntgegevens beschikbaar buiten de AZR. Daarom bleken vooral de aantallen extramurale cliënten en – in mindere mate – de aantallen intramurale cliënten in de geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg niet volledig.

In landelijk onderzoek gekozen voor intramurale cliënten verpleeg- en verzorgingshuizen als basis

2.11 Om toch een relatie met productie te kunnen leggen, is ervoor gekozen om de kosten niet te relateren aan het totale aantal cliënten, maar aan het aantal intramurale cliënten in de verpleeg- en verzorgingshuizen. Dit was namelijk de enige categorie cliënten die volledig kon worden gekwantificeerd: de zorgkantoren beschikten over de aantallen cliënten in zorg en er was een landelijke wachtlijstmeting (per 1 oktober 2003) beschikbaar. Het feit dat deze keuze moest worden gemaakt, betekent dat aan de absolute hoogte van de beheerskosten per cliënt geen waarde mag worden toegekend: een deel van de cliënten is immers buiten beschouwing gebleven, zodat de absolute kosten per cliënt in werkelijkheid lager zijn. Het gaat hier echter om een vergelijking tussen zorgkantoren. Wij realiseren ons dat ook dan nog een zekere vertekening op zal treden, maar gelet op de beschikbare gegevens was een betere indicator niet mogelijk. Het feit dat wij de kosten vanuit zes perspectieven berekenen, mitigeert deze vertekening.

2.12 Het aantal intramurale cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen is gedefinieerd als de som van alle cliënten voor wie in 2003 AWBZ-zorg in een verpleeg- of verzorgingshuis is geleverd en alle cliënten die op 1 oktober 2003 – de datum van de landelijke meting – voor opname in een verpleeg- of verzorgingshuis op de wachtlijst stonden. Iedere nieuwe cliënt is als één cliënt geteld: meerdere cliënten kunnen dus (in de loop van een jaar) gezamenlijk één plaats bezetten.

2.13 Cliënten voor wie AWBZ-zorg in een verpleeg- of verzorgingshuis is gecontracteerd, kunnen afkomstig zijn uit andere regio's dan die van het eigen zorgkantoor. Er is dan sprake van bovenregionale voorzieningen. Voor de wachtlijst is om praktische redenen uitgegaan van de regionale wachtlijst, dus de cliënten die afkomstig zijn uit het werkgebied van het onderzochte zorgkantoor.

Toerekening van kosten en tijdsbesteding aan onderscheiden taken onvoldoende tijdig opgevraagd

2.14 Verder bleek dat het niet goed mogelijk zou zijn om te komen tot een verklaring van de totale beheerskosten uit de kosten per taak. Voor het berekenen van de kosten per taak is namelijk een toerekening van kosten en van tijdsbesteding naar de onderscheiden taken vereist. Deze toerekening kon echter pas in juli 2004 na de start van het benchmarkonderzoek worden opgevraagd. Omdat de zorgkantoren de kosten niet per activiteit registreren en binnen de zorgkantoren geen tijdsregistratie plaatsvindt, moesten de zorgkantoren de kosten en tijdsbesteding achteraf toerekenen. Dit leidde tot onvoldoende bruikbare resultaten. Zeker het achteraf schatten van de gemiddelde tijdsbesteding over de verschillende activiteiten in 2003 is niet mogelijk gebleken.

Kostenonderzoek in plaats van doelmatigheid biedt inzicht in kostenniveaus vanuit zes perspectieven

2.15 Al met al hebben de onderzoekers het niet mogelijk geacht om uitspraken te doen over 'de doelmatigheid' of over de verklaring van doelmatigheidsverschillen. Daarom is ervoor gekozen om in plaats van een doelmatigheidsmeting een kostenmeting uit te voeren: het kostenniveau van de zorgkantoren is vanuit zes verschillende perspectieven in beeld gebracht en vergeleken. De gegevens voor het kostenonderzoek zijn deels ontleend aan het financieel verslag over 2003, dat daarvoor goed bruikbaar bleek.

2.16 Het is nu aan de zorgkantoren zelf om te bezien of een eventueel hoog kostenniveau aanleiding geeft tot nader onderzoek, of dat er bijvoorbeeld bewust beleid aan ten grondslag ligt. De nadere analyses die zijn uitgevoerd in die in de individuele rapporten zijn opgenomen, bieden mogelijk aanknopingspunten voor dit zelfonderzoek.

Kostenniveau vanuit zes perspectieven berekend

2.17 De kostenmeting is in het landelijk onderzoek nu zo opgezet dat allereerst de totale beheerskosten vanuit zes perspectieven zijn gemeten, om vervolgens de uitkomsten van deze perspectieven met elkaar te confronteren. Als de uitkomsten redelijk consistent zijn (hetgeen het geval bleek te zijn), kan met voldoende zekerheid een uitspraak worden gedaan over het kostenniveau van individuele zorgkantoren ten opzichte van het niveau van de andere zorgkantoren. Op deze wijze is het mogelijk om ook bij ontbreken van een aantal gegevens tot voldoende harde uitspraken te komen.

2.18 De zes perspectieven zijn de volgende:

- a de beheerskosten per cliënt in relatie tot het aantal cliënten (intramurale cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen);
- b de beheerskosten per cliënt in relatie tot het gecontracteerde budget per cliënt (idem);
- c de beheerskosten per cliënt in relatie tot het gecontracteerde budget per 65+'er (idem);
- d de totale beheerskosten in relatie tot het aantal cliënten per 1.000 65+'ers (idem);
- e de beheerskosten per 1.000 euro budget in relatie tot het budget per gecontracteerde zorgaanbieder;
- f de beheerskosten per 1.000 euro budget in relatie tot het gecontracteerde budget.

2.19 Op basis van de scores op deze perspectieven konden de zorgkantoren worden ingedeeld in drie klassen van de kostenmeting, te weten

- a de zorgkantoren met minimaal op vier perspectieven een score van 10% of meer boven het gemiddelde (klasse A);
- b de zorgkantoren met minimaal op vier perspectieven een score van 10% of meer beneden het gemiddelde (klasse C);
- c de overige zorgkantoren (klasse B).

2.20 Vervolgens kon worden onderzocht of de zorgkantoren in klasse A qua kostenopbouw verschilden van zorgkantoren in de klassen B en C. Dit bleek in een aantal opzichten het geval, zodat een eerste verklaring van kostenverschillen kon worden gegeven. De kostenmeting is gecompliceerd met enkele analyses van de beheerskosten per taak.

Uitvoering kostenmeting via jaarverslag en aanvullende vragen

2.21 Om de werkbelasting voor de zorgkantoren zoveel mogelijk te beperken, zijn zoveel mogelijk gegevens rechtstreeks afgeleid uit het financieel jaarverslag. Voor een volledig inzicht was het echter noodzakelijk om met behulp van een vragenlijst aanvullende informatie bij de zorgkantoren op te vragen. Het betrof de volgende gegevens:

- a informatie over de aansluiting van de benchmarkgegevens met de financiële verantwoording (de mogelijkheid om eventuele verschillen aan te geven en toe te lichten);
- b aantal PGB-contracten volgens oude en volgens nieuwe systematiek (indien niet in uitvoeringsverslag opgenomen);
- c bedrag aan maanbare eigen bijdrage;
- d aantal cliënten voor wie de zorg is aangevangen binnen de in de Treeknorm aangegeven termijnen;
- e verdeling van kosten over de taken van het zorgkantoor;

- f wijze van kostenverdeling door concessiehouder;
- g gedeeltelijk: personeelskosten en omvang formatie;
- h verdeling van de bestede tijd over activiteiten (inclusief niet toe te rekenen tijd).

2.22 Het onderzoek startte met een instructiebijeenkomst voor betrokken medewerkers van zorgkantoren en concessiehouders. Op deze bijeenkomst hebben de onderzoekers een toelichting gegeven op de vragenlijst, en nadere afspraken met de deelnemers gemaakt. Elke deelnemer ontving een voorlichtingsmap met daarin de vragenlijst in hard copy en een invulinstructie. In deze invulinstructie waren tevens de gebruikte begrippen gedefinieerd, om de uniformiteit en dus de vergelijkbaarheid zoveel mogelijk te bevorderen.

2.23 De vragenlijst die de zorgkantoren hebben ingevuld, had de vorm van een beveiligde spreadsheetapplicatie met ingebouwde controles. Met behulp van deze controles zijn de zorgkantoren tijdens het invullen geattendeerd op onwaarschijnlijke of inconsistente antwoorden.

2.24 In de periode van 1 september tot eind oktober hebben de zorgkantoren de vragenlijst ingevuld. In deze periode was een helpdesk beschikbaar, bemand door het CVZ. Op deze helpdesk is per zorgkantoor gemiddeld drie maal een beroep gedaan. De meeste vragen betroffen het onderbrengen van kosten bij kostencategorieën.

2.25 Nadat de vragenlijsten waren ingevuld, hebben accountants van PricewaterhouseCoopers de antwoorden gescreend op juistheid en volledigheid. Alle kantoren zijn bezocht door de accountants. Met alle zorgkantoren of concessiehouders is individueel overleg gevoerd en zijn zo nodig afspraken gemaakt over het opleveren van gewijzigde of aanvullende gegevens.

2.26 Vervolgens zijn de gegevens ingelezen en gevalideerd. Bij de validatie is nog een aantal vragen gerezen, waarover opnieuw contact opgenomen is met de betrokken zorgkantoren. In februari zijn de eerste uitkomsten gepresenteerd aan de begeleidingscommissie. Naar aanleiding daarvan zijn nog afspraken gemaakt met zorgkantoren waarvan de gegevens over de aantallen cliënten nog niet compleet waren. Deze zorgkantoren hebben de gegevens alsnog aangeleverd zodat in maart de data volledig waren en de analyse kon worden afgerond.

Aanleveren gegevens doelmatigheid vereist inspanning zorgkantoren

2.27 In de pilot was gebleken dat het ondanks de aansluiting bij de monitor beheerskosten voor de zorgkantoren niet eenvoudig was om de benodigde gegevens aan te leveren. Voor een deel had dit te maken met het feit dat voor de aanlevering van de gegevens een beroep moest worden gedaan op medewerkers van de concessiehouders. De zorgkantoren zijn dan voor het tijdstip van aanlevering afhankelijk van de werkplanning van de concessiehouder. Om die reden is in de bijeenkomst in juli de zorgkantoren aangeraden zo snel mogelijk contact op te nemen met de concessiehouders om de gegevensleverantie te plannen.

2.28 In de pilot speelde een aantal factoren die ertoe leidden dat gegevensverzameling niet eenvoudig was. In de landelijke uitrol speelden deze factoren een veel minder grote rol. Zo waren in de pilot de registratiesystemen van de zorgkantoren nog niet altijd gericht op het genereren van gegevens over een periode in het verleden. In de landelijke uitrol is echter gebruik gemaakt van het financieel jaarverslag, waarop de registraties (inmiddels) wel waren toegesneden. Wel speelde een rol dat in het uitvoeringsverslag (dat over 2003 voor het eerst is opgeleverd) de begripsdefinities niet altijd uniform werden geïnterpreteerd. In de pilot bleek het verder een probleem dat het zorgkantoor in een aantal gevallen geen eigen kostenplaats binnen de concessiehouder vormt. Dat was ook nu soms het geval, maar omdat er gebruik gemaakt is van het financieel verslag, waren in dat kader al oplossingen gevonden. Tot slot was er in de pilot sprake van grote tijdsdruk. Dit probleem deed zich nu minder voor, hoewel enkele zorgkantoren aangaven dat zij moeilijk prioriteit konden geven aan de vragenlijst, gezien de vele actuele vragen zoals de implementatie van de AZR.

2.29 Al met al hebben de onderzoekers de overtuiging dat de kostenmeting de zorgkantoren nu minder inspanning kostte dan in de pilot, omdat een groot aantal gegevens rechtstreeks vanuit het financieel verslag en uitvoeringsverslag beschikbaar was.

3 De kostenmeting: uitkomsten

3.01 In dit hoofdstuk worden de uitkomsten van de kostenmeting besproken. Allereerst de uitkomsten op het niveau van de totale beheerskosten, vervolgens de uitkomsten op het niveau van de onderscheiden taken AWBZ-administratie, zorgcontractering en zorgbemiddeling. Dit hoofdstuk heeft naast het informeren van de lezer ook het afleggen van verantwoording aan de opdrachtgevers tot doel. Daarom worden alle onderzochte items besproken, ook als de analyses in een enkel geval geen duidelijk beeld opleverden.

3.02 In de figuren van dit hoofdstuk zijn steeds de kostenniveaus van alle 32 zorgkantoren afgebeeld, meestal door middel van een puntenwolk. Daarbij zijn de kostenniveaus van de zorgkantoren met een benedengemiddeld kostenniveau (meer dan 10% beneden het gemiddelde) groen gekleurd en als klasse A aangeduid. De zorgkantoren met een gemiddeld kostenniveau zijn oranje gekleurd en als klasse B aangeduid. De zorgkantoren met een duidelijk bovengemiddeld kostenniveau ten slotte (meer dan 10% bovengemiddeld) zijn rood gekleurd en als klasse C aangeduid. Hoe verder naar beneden in de figuren, hoe lager het niveau van de beheerskosten. Voor alle duidelijkheid: de zorgkantoren die in de ene figuur groen gekleurd zijn, hoeven niet de zorgkantoren te zijn die in een andere figuur groen gekleurd zijn. De kleuren zijn per figuur toegekend, afhankelijk van de uitkomsten vanuit het aan de orde zijnde perspectief. Overigens blijkt uit de latere confrontatie dat er sprake is van een redelijke consistentie in de uitkomsten: in de praktijk hebben zorgkantoren in de meeste figuren dezelfde kleur.

Perspectieven kostenberekening tonen duidelijke verschillen in kostenniveaus

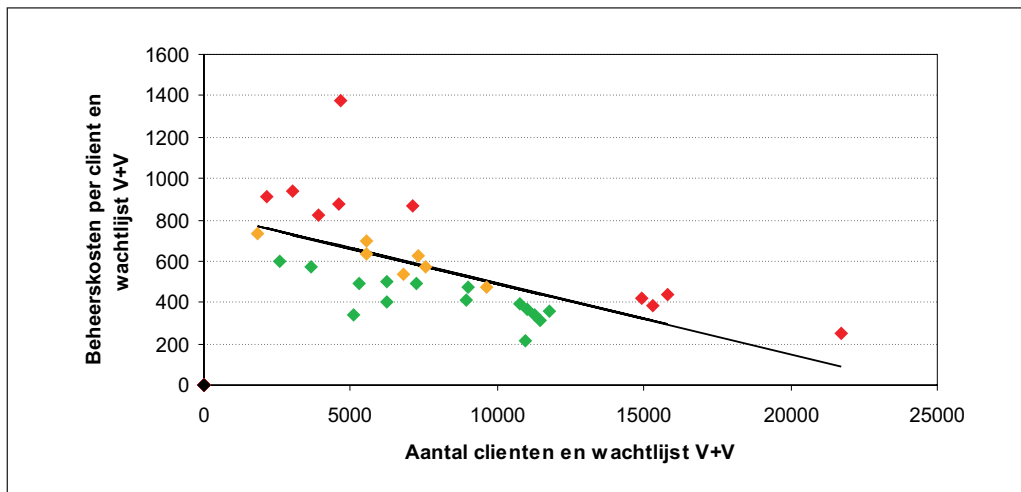
3.03 De kostenmeting vanuit de zes verschillende perspectieven bleek goed te differentiëren tussen zorgkantoren, ook als rekening gehouden werd met verwachte schaalvoordelen. Daarbij is de invloed van kostendoorberekening door de concessiehouder waarschijnlijk beperkt. Dit alles betekent dat de verschillen in kostenniveau mede zijn toe te schrijven aan het door de zorgkantoren gevoerde beleid of aan de wijze van taakuitoefening, en dat deze verschillen daarmee door de zorgkantoren desgewenst te beïnvloeden zijn.

Perspectief 1: beheerskosten per cliënt in relatie tot het aantal cliënten

3.04 Het eerste perspectief toont de beheerskosten per cliënt in relatie tot het totale aantal cliënten (intramurale cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen). Op die manier kan worden nagegaan of het kostenniveau beïnvloed wordt door het feit of het zorgkantoor voor grote of voor kleine aantallen cliënten moet contracteren (het aantal intramurale cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen varieert van circa 2.000 tot circa 22.000). Ook kan worden nagegaan of gegeven de verwachte schaalvoordelen er toch verschillen bestaan tussen zorgkantoren.

3.05 In figuur 3-1 zijn de kostenniveaus van alle 32 zorgkantoren weergegeven in een matrix met op de horizontale as de aantallen cliënten inclusief wachtlijstcliënten en op de verticale as de beheerskosten per cliënt.

Figuur 3-1: Totaalscores kostenmeting: beheerskosten per cliënt (intramuraal verpleeg- en verzorgingshuizen) in relatie tot het aantal cliënten



Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

3.06 Uit de dalende lijn in de figuur valt af te leiden dat er sprake is van schaalvoordelen: naarmate het aantal cliënten toeneemt, nemen de beheerskosten per cliënt inclusief wachtlijstcliënt gemiddeld af. Dit kan verklaard worden doordat een aantal kosten door het zorgkantoor altijd gemaakt moet worden, dus ook als er weinig cliënten zijn. Echter, ook als rekening wordt gehouden met de schaalvoordelen blijkt dat voor zorgkantoren met ongeveer gelijke aantallen cliënten verschillende kostenniveaus per cliënt gelden. Bij de toekenning van de kleuren groen, oranje en rood is met de verwachte schaalvoordelen al rekening gehouden; groen gekleurde zorgkantoren (klasse A) hebben dus een lager kostenniveau dan zorgkantoren met een vergelijkbaar aantal cliënten.

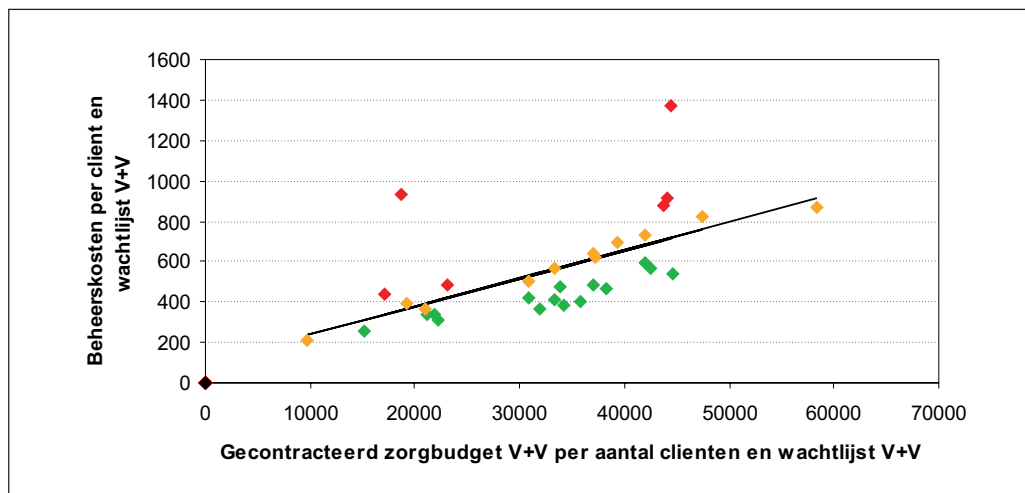
3.07 De figuur laat verder zien dat er sprake is van een aanzienlijke spreiding: van circa € 200 tot circa € 950 per cliënt, nog afgezien van de ene uitbijter met een kostenniveau van circa € 1.390. Let wel: aan de absolute hoogte van de kosten kan geen enkele waarde worden gehecht, het gaat hier uitsluitend om de spreiding.

Perspectief 2: beheerskosten per cliënt in relatie tot het gecontracteerde budget per cliënt

3.08 Het tweede perspectief is dat van de beheerskosten per cliënt in relatie tot het gecontracteerde budget per cliënt. De onderzoekers hebben verondersteld dat als per cliënt een groter budget wordt gecontracteerd, de cliënt complexere zorg nodig heeft. In het geval van de intramurale verpleging en verzorging zou het gaan om verpleeghuiszorg in plaats van verzorgingshuiszorg (omdat in 2003 nog gefinancierd werd op basis van deze categorieën, is nog niet de terminologie van de AWBZ-functies gehanteerd). De te beantwoorden vraag is of het contracteren van complexere zorg leidt tot hogere beheerskosten.

3.09 Figuur 3-2 toont de kosten in relatie tot het budget. De beheerskosten per cliënt, op de y-as dus, zijn identiek aan die in figuur 3-1. Op de x-as staat het gecontracteerde budget per cliënt, dat blijkt te variëren van circa € 10.000 tot circa € 60.000.

Figuur 3-2: Totaalscores kostenmeting: beheerskosten per cliënt (intramuraal verpleeg- en verzorgingshuizen) in relatie tot het gecontracteerde budget per cliënt



Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

3.10 De stijgende lijn in de figuur geeft aan dat de beheerskosten per cliënt gemiddeld oplopen naarmate het budget per cliënt toeneemt. Dit zou de hypothese van de onderzoekers ondersteunen, voor zover de verschillen niet worden veroorzaakt door een verschil in instellingen(sector)mix.

3.11 In vergelijking met figuur 3-1 is de spreiding rond het gemiddelde over het algemeen wat kleiner.

3.12 In tabel 3-1 ziet u beheerskosten per cliënt (de y-as uit figuur 3-2) als percentage van het gecontracteerd budget per cliënt (de x-as). De tabel toont het gemiddelde percentage van alle zorgkantoren (1,76%), en het percentage per klasse.

Tabel 3-1: Totale beheerskosten als percentage van het gecontracteerde budget per intramurale cliënt in verpleeg- en verzorgingshuizen

	Gemiddeld alle zorgkantoren	Klasse A	Klasse B	Klasse C
Percentage	1,76%	1,37%	1,67%	2,70%

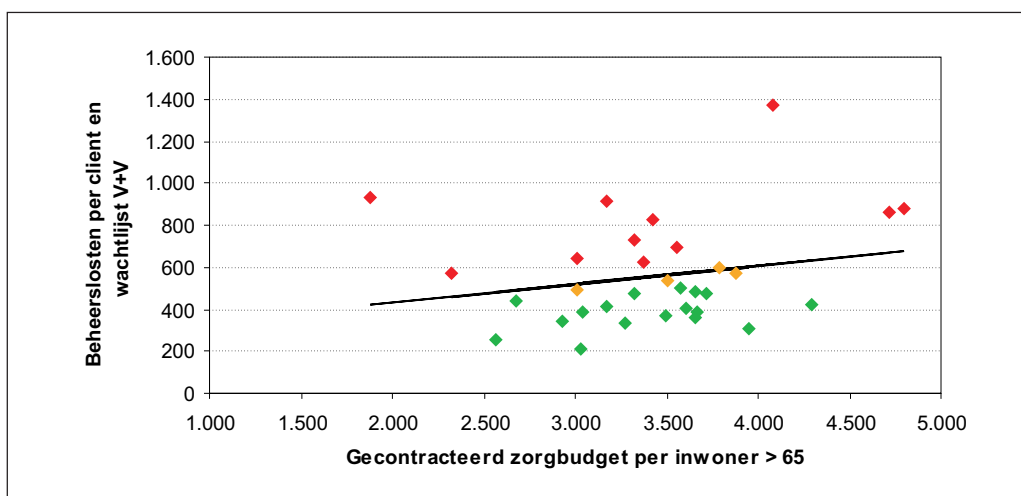
Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

3.13 Uit de tabel blijkt dat het percentage voor de zorgkantoren in klasse C hoger ligt dan in de andere twee klassen, zoals de figuur al aantoonde.

Perspectief 3: beheerskosten per cliënt in relatie tot het gecontracteerde budget per 65+'er

3.14 Het derde perspectief relateert de beheerskosten per intramurale v&v-cliënt aan het gecontracteerde budget per 65+'er. Dit perspectief is gekozen om het vorige perspectief, het budget per intramurale v&v-cliënt, te kunnen corrigeren voor het feit dat in het werkgebied van het ene zorgkantoor een veel groter percentage 65+'ers intramuraal verblijft dan in het werkgebied van een ander zorgkantoor. In de nu volgende figuur 3-3 is de y-as weer dezelfde als in de twee vorige figuren (beheerskosten per cliënt), maar is op de x-as het budget per 65+'er afgebeeld.

Figuur 3-3: Totaalscores kostenmeting: beheerskosten per cliënt (intramuraal verpleeg- en verzorgingshuizen) in relatie tot het gecontracteerd budget per 65+'er



Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

3.15 In de figuur is duidelijk te zien dat de lijn nog wel omhoog loopt, maar lang niet zo steil als in de vorige figuur. Het verband tussen beheerskosten en budget per 65+'er is veel minder sterk dan het verband tussen beheerskosten en intramurale v&v-cliënt. Dat betekent dat het percentage intramurale cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen inderdaad de resultaten beïnvloedt. Deze vertekening is nu ongedaan gemaakt, hetgeen resulteert in een grotere spreiding dan in figuur 3-2.

3.16 In tabel 3-2 zijn de gemiddelde beheerskosten van alle zorgkantoren en van de zorgkantoren per klasse weergegeven, als percentage van het gecontracteerde budget per 65+'er. De cijfers laten zien dat het percentage in klasse A het laagst is en in klasse C het hoogst. De gegevens van één zorgkantoor hebben wij in deze tabel buiten beschouwing gelaten wegens een onwaarschijnlijk sterk afwijkend profiel, dat het percentage van een van de klassen (klasse A) te zeer zou vertekenen.

Tabel 3-2: Totale beheerskosten als percentage van het gecontracteerde budget per 65+'er in het werkgebied

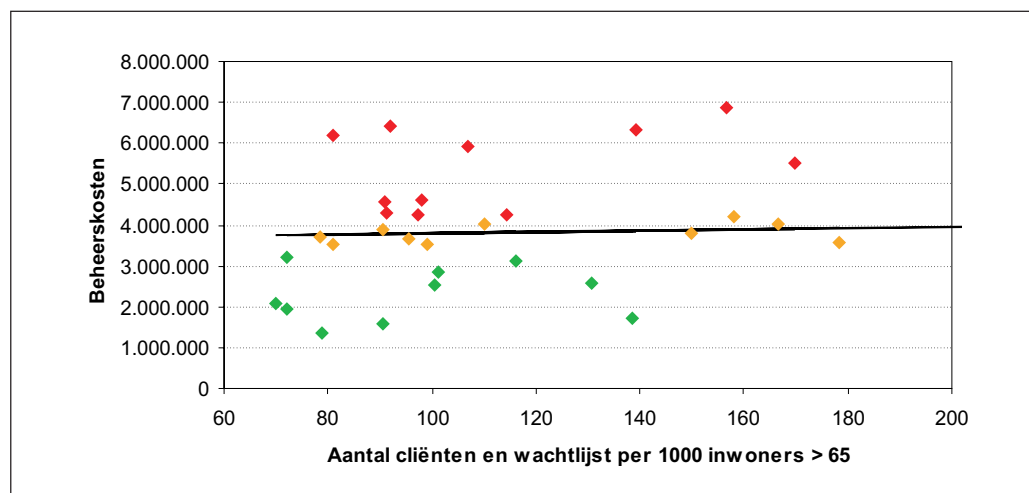
	Gemiddeld alle zorgkantoren	Klasse A	Klasse B	Klasse C
Percentage	17,04%	13,03%	15,72%	27,47%

Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

Perspectief 4: beheerskosten in relatie tot het aantal cliënten per 1.000 65+'ers

3.17 In de eerste drie perspectieven en dus in de figuren 3-1 tot en met 3-3 is uitgegaan van het budget per cliënt (y-as). In het vierde perspectief en dus in figuur 3-4 wordt uitgegaan van de absolute omvang van de beheerskosten. Deze omvang wordt vervolgens gerelateerd aan het aantal intramurale v&v-cliënten (zoals steeds inclusief wachtlijstcliënten) per 1.000 65+'ers in het werkgebied van de zorgkantoren. Dit perspectief is gekozen om na te gaan of een lager percentage intramurale cliënten en dus mogelijk een hoger percentage extramurale cliënten het absolute kostenniveau beïnvloedt.

Figuur 3-4: Totalscores kostenmeting: beheerskosten in relatie tot het aantal cliënten per 1.000 65+'ers



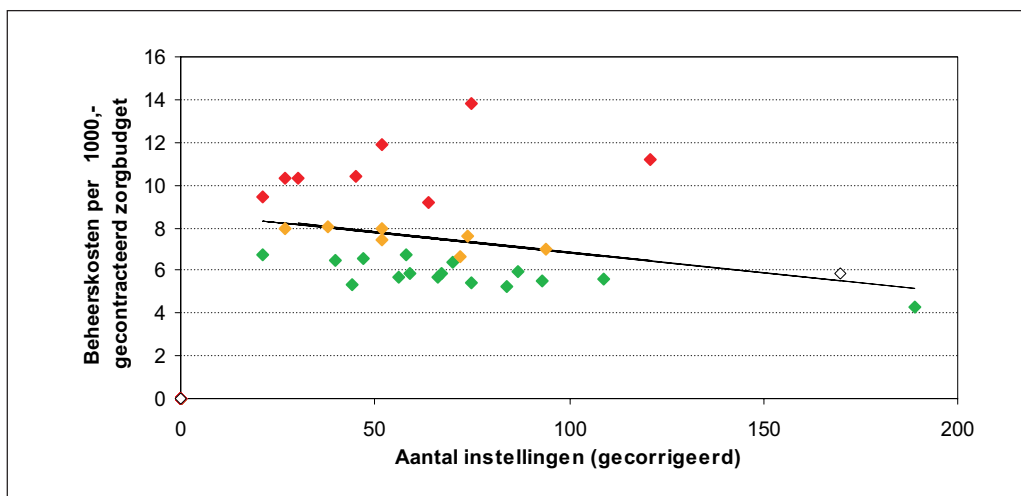
Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

3.18 U ziet in de figuur dat het aantal intramurale cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen per 1.000 65+'ers varieert van circa 75 tot circa 175; dit is historisch zo gegroeid, en heeft daarnaast te maken met de aanwezigheid van bovenregionale voorzieningen en extramuraliseringsbeleid. Het kostenniveau loopt sterk uiteen en er is geen sterk verband te zien met het aantal intramurale v&v-cliënten per 1.000 65+'ers. Mogelijk heeft niet zozeer het aantal intra- of extramurale cliënten een sterke relatie met de beheerskosten, als wel de inspanning die het zorgkantoor moet leveren om de extramuralisering op gang te helpen.

Perspectief 5: beheerskosten per 1.000 euro budget in relatie tot het aantal zorgaanbieders

3.19 Het vijfde perspectief gaat niet uit van de beheerskosten per cliënt of van de absolute beheerskosten, maar van de beheerskosten per 1.000 euro gecontracteerd zorgbudget. Deze variëren van circa € 4 tot circa € 14. De beheerskosten per 1.000 euro zorgbudget zijn in dit vijfde perspectief (figuur 3-5) gerelateerd aan het aantal instellingen waarmee het zorgkantoor contracteert. Op die manier kan worden nagegaan in hoeverre de beheerskosten worden beïnvloed door het aantal te contracteren instellingen.

Figuur 3-5: Gemiddelde omvang gecontracteerd zorgbudget AWBZ per klasse



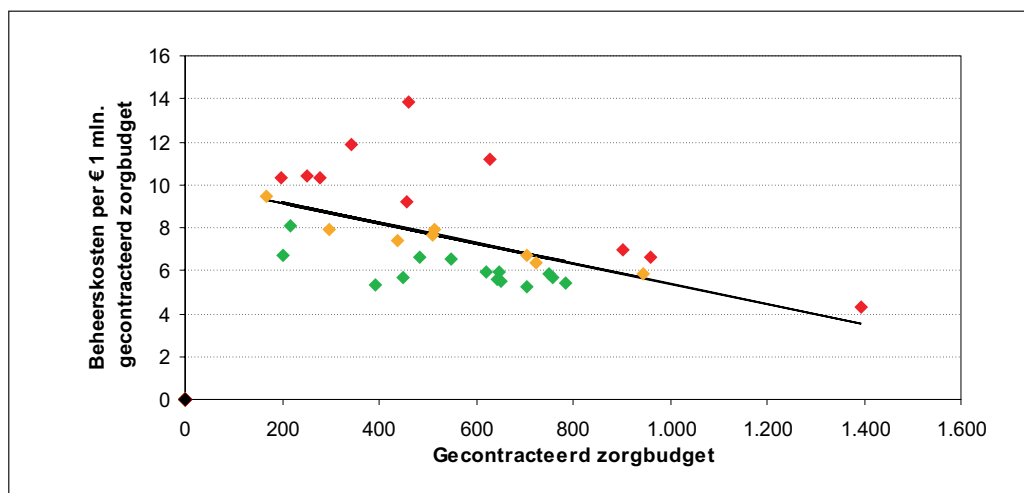
Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

3.20 De figuur laat schaalvoordelen (een dalende lijn) zien: een groter aantal contractanten gaat gemiddeld samen met lagere beheerskosten. Een van de redenen zal zijn dat een deel van de kosten van het zorgkantoor altijd gemaakt moet worden, onafhankelijk van het aantal contractanten. Een andere verklaring kan zijn, dat bij een groot aantal contractanten het aandeel kleinere instellingen relatief groot is. Verderop in het rapport zal blijken dat de gemiddelde kosten voor zorgcontractering lager zijn naarmate het instellingsbudget kleiner is. Er is sprake van een forse spreiding, vooral onder de zorgkantoren in klasse C.

Perspectief 6: beheerskosten per 1.000 euro budget in relatie tot het totale gecontracteerde budget

3.21 Het zesde en laatste perspectief van waaruit het totale kostenniveau wordt gemeten, is dat van de beheerskosten per 1.000 euro zorgbudget in relatie tot het totale gecontracteerde budget. Op deze wijze kan worden nagegaan welke invloed de hoogte van het totale budget heeft.

Figuur 3-6: Totaalscores kostenmeting: beheerskosten per 1.000 euro zorgbudget in relatie tot het totale gecontracteerde zorgbudget



Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

3.22 Uit de figuur blijkt dat er duidelijk sprake is van schaalvoordelen (een sterk dalende lijn): de beheerskosten zijn lager naarmate het totale gecontracteerde budget hoger is. Bij de toekenning van de kleuren (groen/oranje/rood) is rekening gehouden met de schaalvoordelen. Te zien is dat ondanks de schaalvoordelen verschillen in kostenniveau zichtbaar zijn. De uitkomsten van het zesde perspectief komen sterk overeen met die van het eerste perspectief (de beheerskosten in relatie tot het aantal cliënten): er is sprake van schaalvoordelen, maar ook als daarmee rekening wordt gehouden, blijven er duidelijke verschillen tussen de zorgkantoren.

Vergelijking perspectieven biedt voldoende consistent beeld van positie zorgkantoren

3.23 Om na te gaan of de zes perspectieven leiden tot een eenduidige uitspraak over de positie van elk zorgkantoor op het punt van de beheerskosten, zijn de klassenindelingen van elk perspectief met elkaar vergeleken. Op basis daarvan concluderen wij dat er sprake is van een redelijk consistent beeld: zorgkantoren die op het ene perspectief bovengemiddeld of juist benedengemiddeld scoren, doen dat relatief vaak ook op de andere perspectieven. Dat betekent dat verschillen in kostenniveaus niet uitsluitend worden verklaard door 'externe' omstandigheden als omvang van het aantal cliënten, maar ook door het beleid en de bedrijfsvoering in de zorgkantoren zelf en van de concessiehouder. Daardoor biedt het meetresultaat een indicatie voor het verbeterpotentieel van de zorgkantoren.

3.24 Wij hebben de resultaten van de zes metingen met elkaar geconfronteerd. Bij iedere meting hebben wij de zorgkantoren punten toegekend op basis van het volgende criterium:

- a Zorgkantoren die groen gekleurd zijn en dus een duidelijk lager kostenniveau hebben dan gemiddeld (>10% benedengemiddeld), krijgen 3 punten;
- b Zorgkantoren die rood gekleurd zijn en dus een duidelijk hoger kostenniveau hebben dan gemiddeld (>10% bovengemiddeld), krijgen 1 punt;
- c De oranje gekleurde zorgkantoren, dus de overige, krijgen 2 punten.

3.25 Om de positie van elk zorgkantoor nog preciezer te kunnen weergeven, hebben wij het volgende puntenstelsel ontwikkeld. Aan de score groen is steeds 3 punten toegekend, aan de score oranje 2 punten en aan de score rood 1 punt. Zorgkantoren kunnen dus minimaal 6 punten behalen en maximaal 18. Op die wijze zijn drie eindklassen geïdentificeerd: in klasse A de zorgkantoren met 15 -18 punten, in klasse B de zorgkantoren met 10 – 14 punten en in klasse C de zorgkantoren met 6 – 9 punten. De scores lopen ook daadwerkelijk uiteen van 6 tot 18 punten, met dien verstande dat er geen zorgkantoren zijn met 9 of 10 punten en evenmin zorgkantoren met 14 of 15 punten. De klassengrenzen lijken dus overeen te komen met ‘natuurlijke’ scheidingen tussen de scores.

3.26 In tabel 3-3 is een en ander samengevat.

Tabel 3-3: Aantal zorgkantoren per klasse

	Klasse A 15-18 punten	Klasse B 10-14 punten	Klasse C 6-9 punten
Aantal zorgkantoren	11	15	6

Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

3.27 Onze conclusie luidt dat het voldoende verantwoord is om de kostenniveaus van de zorgkantoren op deze wijze in te delen.

3.28 Nadere analyse in dit verband leert nog dat zorgkantoren die behoren tot dezelfde concessiehouder, in veel gevallen ook behoren tot dezelfde klasse (drie concessiehouders) of tot naburige klassen (dus A en B of B en C), vijf concessiehouders. Slechts voor één concessiehouder geldt dat de zorgkantoren tot alle drie de klassen behoren.

Zorgkantoren klasse A tonen aantal karakteristieken

3.29 Om aanknopingspunten voor eventuele verbetermaatregelen in beeld te brengen, hebben wij onderzocht op welke punten de zorgkantoren die voor wat betreft de kostenmeting tot klasse A behoren, verschillen van de zorgkantoren die tot de klassen B en C behoren. Dit zijn factoren die het kostenniveau mogelijk verklaren. Deze analyse kon worden uitgevoerd nu gebleken is dat de zorgkantoren verantwoord in verschillende klassen kunnen worden ingedeeld en dat het kostenniveau dus niet in overwegende mate afhangt van externe factoren.

- 3.30 Wij hebben de volgende mogelijke verklarende factoren onderzocht:
- a de omvang van het werkgebied;
 - b het gecontracteerde zorgbudget;
 - c het aandeel eigen kosten in de totale beheerskosten;
 - d het aandeel personeelskosten in de totale beheerskosten;
 - e de personeelskosten per fte.
 - f de opbouw van de personeelsformatie naar functieniveau en naar eigen versus ingehuurd medewerkers.

3.31 In het vervolg van dit hoofdstuk zal blijken dat de meeste factoren inderdaad bijdragen aan een verklaring van de verschillen in kostenniveau. Alleen het gecontracteerde zorgbudget en het aandeel ingehuurd medewerkers blijken geen duidelijke verklarende factor, dat wil zeggen dat de analyses geen eenduidige conclusie toelieten.

Zorgkantoren in klasse A werkzaam in werkgebied met middelgroot aantal inwoners

3.32 De zorgkantoren in klasse A blijken vaker dan de zorgkantoren in de andere klassen een werkgebied te hebben met een middelgroot aantal inwoners. Zorgkantoren met een zeer groot werkgebied behoren relatief vaak tot klasse B. Dit dus ondanks de schaalvoordelen (waarvoor immers is gecorrigeerd). De spreiding van de omvang in werkgebieden in klasse A is kleiner dan in klasse B. Tot klasse B behoren zorgkantoren met qua inwoneraantallen zowel grote als middelgrote en kleine werkgebieden. Het gemiddelde is hoger dan in klasse A. De zorgkantoren in klasse C werken over het algemeen in een gebied met duidelijk minder inwoners.

3.33 In tabel 3-4 is aangegeven hoeveel inwoners het werkgebied per klasse telt.

Tabel 3-4: Gemiddelde omvang werkgebieden per klasse

	Klasse A	Klasse B	Klasse C
Aantal inwoners werkgebied	510.656	532.759	437.437

Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

Relatie met omvang gecontracteerd zorgbudget niet duidelijk

3.34 Hoewel bij een geïsoleerde analyse van de beheerskosten in relatie tot het zorgbudget schaalvoordelen zichtbaar zijn, blijkt na correctie van de verwachte schaalvoordelen dat de invloed van andere factoren dermate groot is dat als alle factoren worden meegenomen, geen waarneembare relatie bestaat tussen de klasse waartoe de zorgkantoren behoren en de omvang van het gecontracteerde zorgbudget. Er zijn dus wel schaalvoordelen, maar die blijken uiteindelijk het totale kostenniveau onvoldoende te verklaren.

3.35 In tabel 3-5 is ter illustratie het gemiddelde gecontracteerde zorgbudget per klasse aangegeven. Het gaat om het totale gecontracteerde AWBZ-budget.

Tabel 3-5: Gemiddelde omvang gecontracteerd zorgbudget AWBZ per klasse

	Klasse A	Klasse B	Klasse C
Gecontracteerd budget	571.834.715	584.693.398	461.341.046

Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

Aandeel eigen kosten in zorgkantoren klasse A gemiddeld groter

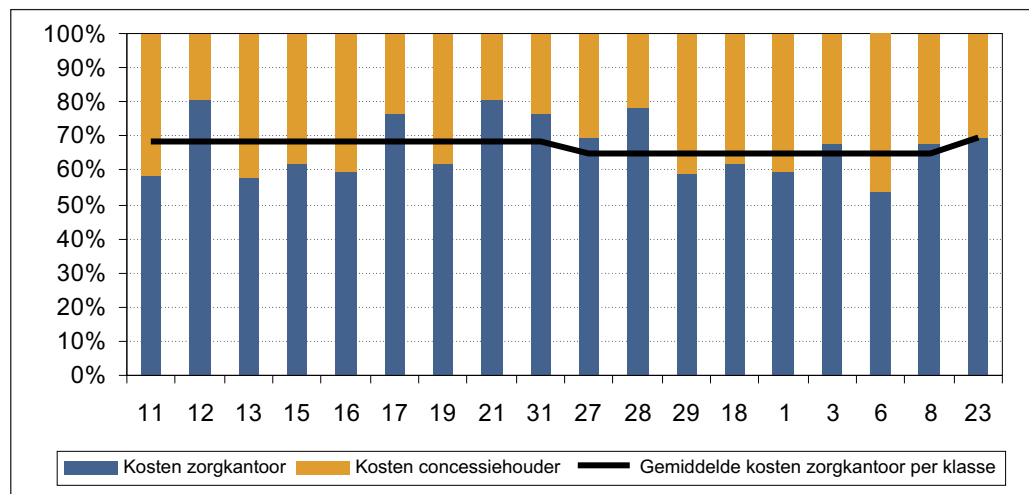
3.36 Een analyse van de verdeling van de beheerskosten over door de concessiehouder doorbelaste kosten en eigen – niet-doorbelaste – kosten (bij de achttien zorgkantoren waar dit mogelijk was) leert dat bij de zorgkantoren in klasse A het percentage eigen kosten hoger is dan in klasse B. Een vergelijking met klasse C is niet reëel omdat het slechts één waarneming betreft.

3.37 Verder bleek uit de ingevulde vragenlijsten dat zorgkantoren in klasse A over het algemeen niet alleen een hoger aandeel eigen kosten rapporteren, maar ook een beter inzicht hebben in de kostenverdeling. De gegevens zijn consistent. Deze bevinding, die ook voor andere onderdelen van de kostenmeting geldt, leidt ons tot de gedachte dat een goed inzicht in de kostenopbouw samengaat met het beschikken over meer mogelijkheden tot kostenbeheersing en daardoor het realiseren van een lager kostenniveau.

3.38 De verdeling tussen eigen kosten en doorbelaste kosten wordt getoond in figuur 3-7. De zorgkantoren zijn gerangschikt naar klasse. De nummering van de zorgkantoren in deze figuur (en in de volgende) is at random toegedeeld; de zorgkantoren hebben echter in beide figuren hetzelfde nummer. Links van de knik in de lijn zijn de zorgkantoren in klasse A weergegeven, rechts die in de klassen B en C. In deze klassen ontbreekt een aantal zorgkantoren in de figuur, omdat de toerekening onvoldoende betrouwbaar moest worden geacht. Deze zorgkantoren hadden aangegeven dat de kosten 100% werden doorbelast of dat deze 100% eigen kosten waren, hetgeen niet strookte met de wijze waarop de verdeling naar eigen en doorbelaste kosten was gedefinieerd. De gegevens van deze zorgkantoren zijn buiten beschouwing gelaten, omdat zij de gemiddelden te zeer zouden vertekenen.

3.39 Nadere analyse van de doorbelaste kosten toonde aan, dat het doorbelasten vooral betrekking heeft op de overige kosten en niet zozeer op de personeelskosten. De personeelskosten vormen echter de grootste kostenpost (gemiddeld meer dan 60%). Van de overblijvende 40% zal dus een gedeelte worden doorbelast (gemiddeld tussen de 60 en 70%). Het is daarom niet te verwachten dat de doorberekening van kosten door de concessiehouder de verschillen in kostenniveau kan verklaren.

Figuur 3-7: Verdeling beheerskosten over eigen kosten en kosten concessiehouder



Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

3.40 In tabel 3-6 is aangegeven hoe hoog het gemiddelde aandeel eigen kosten per klasse is.

Tabel 3-6: Gemiddelde aandeel eigen kosten in beheerskosten per klasse

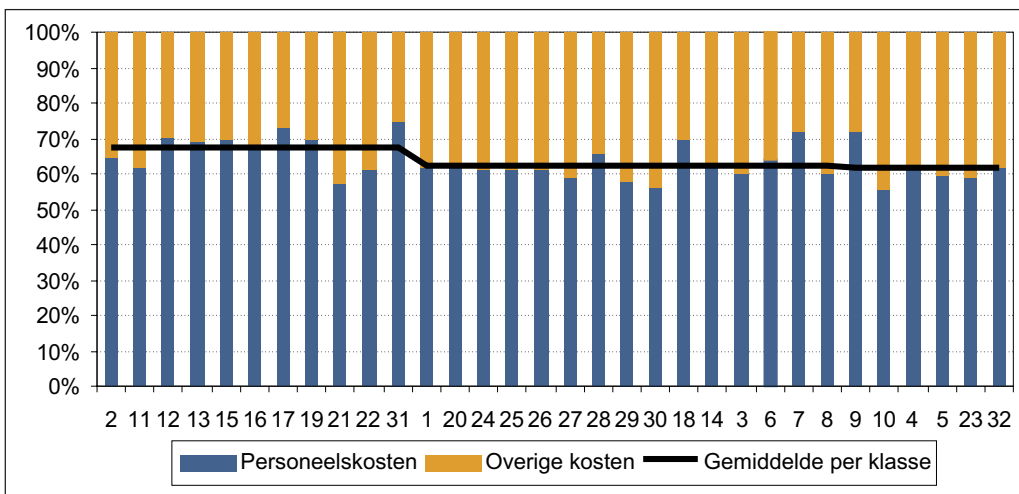
	Klasse A	Klasse B	Klasse C
Aandeel eigen kosten	68,38%	64,82%	69,55%

Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

Aandeel personeelskosten in zorgkantoren klasse A gemiddeld groter

3.41 Het percentage personeelskosten in de zorgkantoren die tot klasse A behoren, is hoger dan dat van de zorgkantoren in de andere klassen. Dat betekent dat mogelijk bij de zorgkantoren in klasse A de overheadkosten en de huisvestingskosten lager dan gemiddeld zijn, maar het kan ook zijn dat de automatiseringskosten lager dan gemiddeld zijn. De begeleidingscommissie heeft er in dit verband op gewezen dat in 2003 specifieke subsidies voor automatisering (in het kader van de AZR) beschikbaar zijn gesteld, die niet in de reguliere exploitatie en dus niet in de kostenmeting zijn opgenomen. Bovendien bestaat niet altijd inzicht in het verband tussen de kosten die de concessiehouder voor automatisering doorbelast en de bij het zorgkantoor werkelijk gemaakte kosten. Enige voorzichtigheid met betrekking tot deze verklarende factor is dus op zijn plaats.

Figuur 3-8: Verdeling beheerskosten over personeelskosten en overige kosten



Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

3.42 In tabel 3-7 is het aandeel personeelskosten per klasse weergegeven.

Tabel 3-7: Gemiddelde aandeel personeelskosten in beheerskosten per klasse

	Klasse A	Klasse B	Klasse C
Aandeel personeelskosten	67,17%	62,18%	61,55%

Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

Personeelskosten per fte in zorgkantoren klasse A en B gemiddeld lager dan in C-klasse

3.43 Nadere analyse van de personeelskosten leert dat de kosten per fte (van medewerkers in loondienst) van zorgkantoren in klasse A en klasse B nagenoeg gelijk liggen, maar dat de kosten per fte in zorgkantoren in klasse C duidelijk hoger zijn.

3.44 In tabel 3-8 ziet u de gemiddelde kosten per fte per klasse.

Tabel 3-8: Gemiddelde kosten per fte personeel in loondienst per klasse

	Klasse A	Klasse B	Klasse C
Kosten per FTE PIL	48.844	50.036	61.452

Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

3.45 Het hierboven geschetste algemene beeld dat de personeelskosten per fte in klasse A en B lager zijn dan in klasse C, wordt ook zichtbaar als specifiek de personeelskosten van de administratieve medewerkers (gemiddeld ruim de helft van de totale personeelsformatie) worden geanalyseerd.

Tabel 3-9: Gemiddelde kosten per fte administratief personeel (in loondienst) per klasse

	Klasse A	Klasse B	Klasse C
Kosten per FTE PIL Administratief	36.421	36.308	40.132

Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

3.46 Richten we ons specifiek op de personeelskosten van beleidsmedewerkers (gemiddeld circa 10% van de totale formatie), dan wordt het beeld nog duidelijker. De personeelskosten per fte van deze medewerkgroep liggen in zorgkantoren in klasse A aanzienlijk lager dan in de zorgkantoren in klasse B en C. Tabel 3-10 maakt dit zichtbaar. Bij de overige twee functiegroepen, te weten accountmanagers en overige medewerkers, is geen verband tussen de personeelskosten en de klasse te zien (in het geval van de functiegroep overige medewerkers komt dit mede door de wisselende samenstelling van deze groep).

Tabel 3-10: Gemiddelde kosten per fte beleidsmedewerkers per klasse

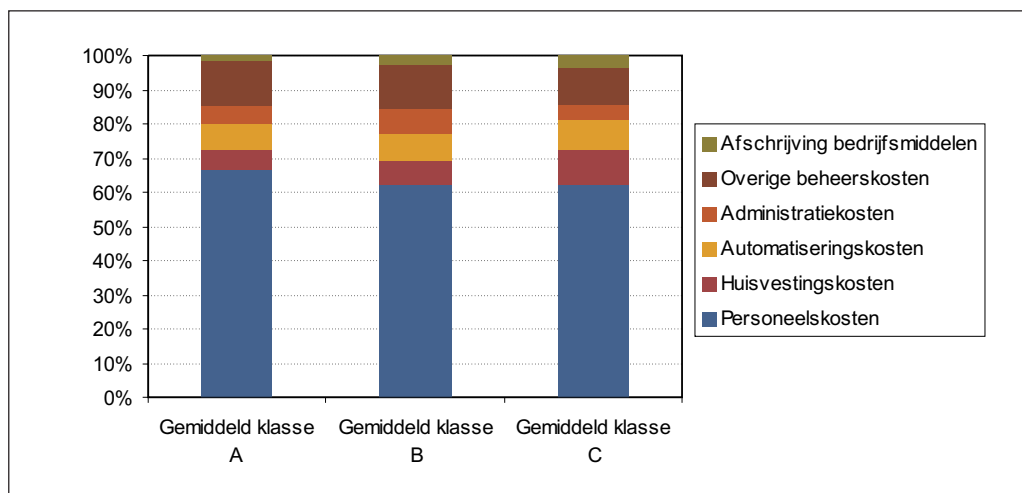
	Klasse A	Klasse B	Klasse C
Kosten per FTE PIL	48.428	54.562	64.078

Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

Kostenstructuur zorgkantoren in klasse A tonen relatief lage huisvestings- en afschrijvingskosten

3.47 In figuur 3-9 is de kostenstructuur van zorgkantoren weergegeven.

Figuur 3-9: Kostenstructuur zorgkantoren, totale beheerskosten



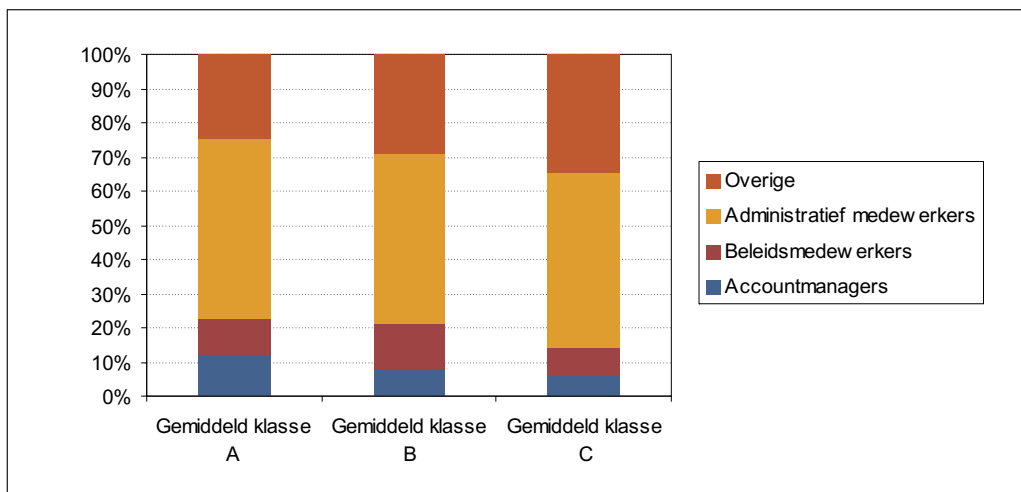
Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

3.48 Bij de zorgkantoren in klasse A vallen de relatief lage huisvestingskosten en afschrijving van bedrijfsmiddelen op. Over de ICT-kosten is eerder al opgemerkt, dat de inzet van subsidiegelden het beeld enigszins kan vertekenen.

Aandeel beleidsmedewerkers en overige medewerkers in A-klasse lager

3.49 Figuur 3-10 toont de mix van ingezette medewerkers.

Figuur 3-10: Opbouw personeelsformatie naar deskundigheidsniveau



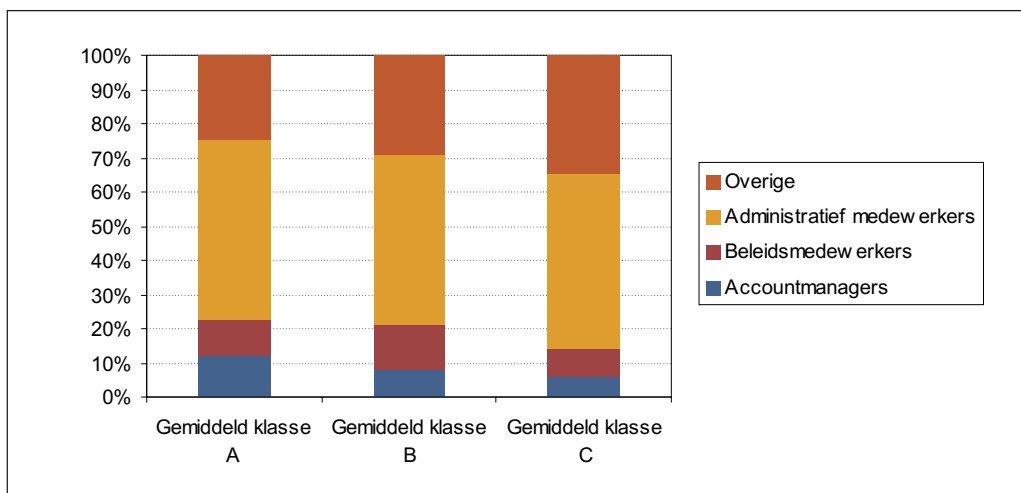
Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

3.50 Vergelijking van de deskundigheidsmix tussen de drie klassen leert dat in de A-klasse het aandeel van het totaal aan beleidsmedewerkers en overige medewerkers wat kleiner is dan in de andere klassen.

Geen conclusie over relatie met aandeel ingehuurd medewerkers mogelijk

3.51 Tot slot van dit hoofdstuk wordt in figuur 3-11 de verhouding tussen eigen en ingehuurd medewerkers weergegeven. De analyse is alleen gemaakt voor de 18 zorgkantoren waarvoor voldoende betrouwbare toerekeningscijfers beschikbaar waren.

Figuur 3-11: Aandeel eigen medewerkers en ingehuurd medewerkers



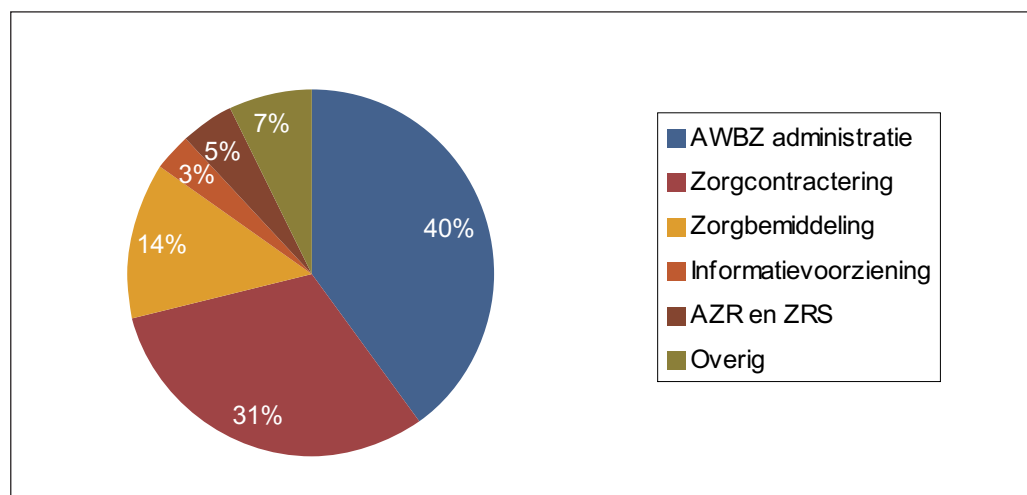
Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

3.52 Het aandeel eigen medewerkers is in de A-klasse iets hoger dan in de B-klasse. De kostenpercentages van inhuur van derden zijn in alle klassen exact gelijk. De resultaten in de C-klasse zijn overigens gebaseerd op slechts één waarneming en dus niet representatief. Al met al laten de uitkomsten geen duidelijke conclusie toe.

Vergelijking opbouw beheerskosten per taak toont duidelijke verschillen aan

3.53 In de voorgaande paragrafen zijn analyses gemaakt op het niveau van het totale kostenniveau. In deze paragraaf worden enkele analyses per taakgebied gepresenteerd. Wij hebben volstaan met de belangrijkste bevindingen. In de individuele rapporten per zorgkantoor zijn uitgebreidere analyses opgenomen. De analyses richten zich op de AWBZ-administratie, de zorgcontractering en – in mindere mate – de zorgbemiddeling. In figuur 3-12 ziet u allereerst de verdeling van de totale beheerskosten over de taken.

Figuur 3-12: Verdeling beheerskosten over taken

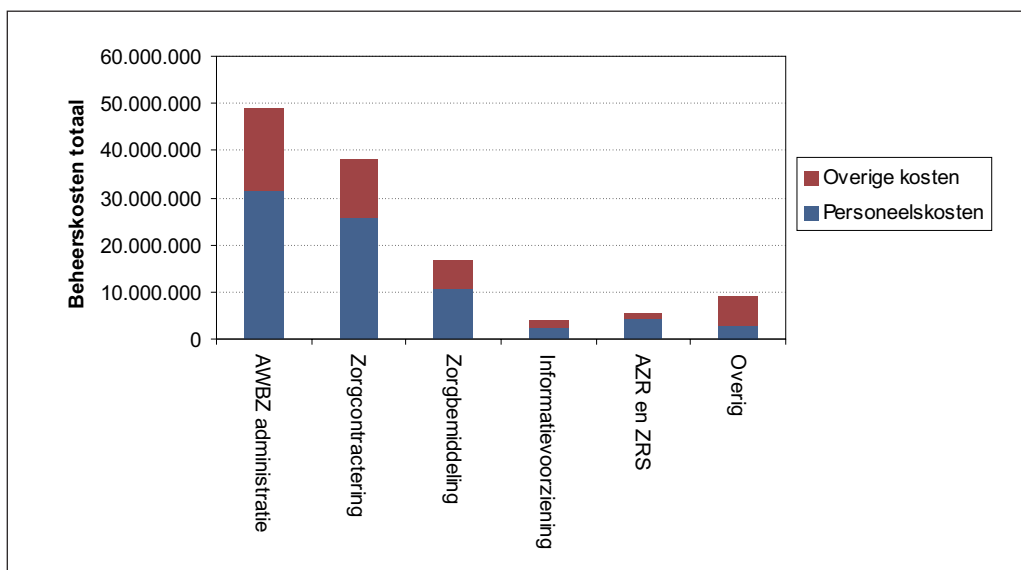


Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

3.54 De tabel laat zien dat de AWBZ-administratie met 40% qua kosten de meest omvangrijke taak is, gevolgd door de zorgcontractering met 31% en de zorgbemiddeling met 14%.

3.55 Omdat de personeelskosten een belangrijk aandeel in de kosten vormen, wordt in figuur 3-13 de verdeling van de beheerskosten over personeelskosten en overige kosten per taak weergegeven. De verdeling is gebaseerd op de door de zorgkantoren opgegeven kostenverdeling. Wij hebben ook een berekening gemaakt op basis van de ingeschatte tijdsbesteding, maar deze inschatting is onvoldoende betrouwbaar. Zoals eerder aangegeven is pas in het najaar van 2004 de zorgkantoren gevraagd een inschatting over 2003 te maken.

Figuur 3-13: Verdeling beheerskosten over personeelskosten en overige kosten per taak op basis van kostenopgave

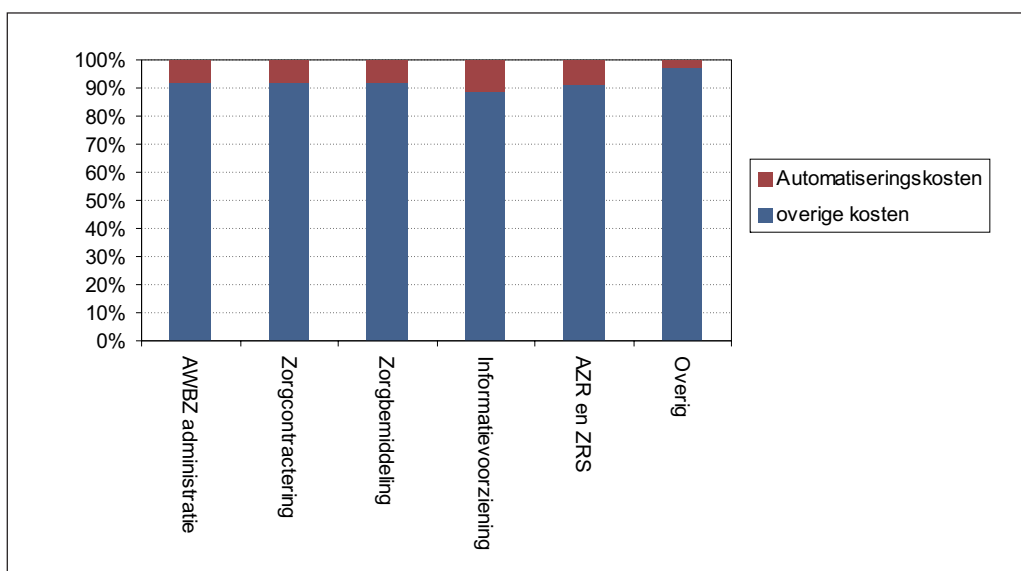


Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

3.56 De kostenopbouw verschilt duidelijk per taak. Het aandeel personeelskosten is het laagst in de AWBZ-administratie, de zorgbemiddeling en de overige taken.

3.57 Een analyse van het aandeel automatiseringskosten (figuur 3-14) laat zien dat er nauwelijks verschillen zijn. Het beeld is mogelijk vertekend doordat in 2003 subsidies zijn verstrekt voor de implementatie van de AZR. Deze subsidies zijn in de kostenmeting niet meegenomen.

Figuur 3-14: Aandeel automatiseringskosten per taakgebied

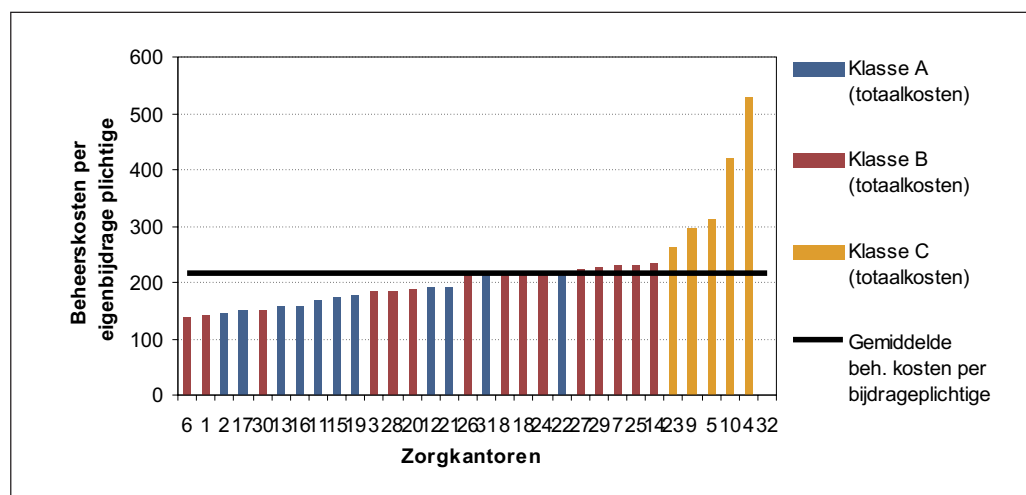


Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

Uitkomsten analyse beheerskosten AWBZ-administratie afspiegeling totale beheerskosten

3.58 De beheerskosten voor het uitvoeren van de AWBZ-administratie lopen uiteen van € 140,- tot € 230,- per bijdrageplichtige. Figuur 3-15 toont de kostenniveaus per zorgkantoor. De klassenindeling van de AWBZ-administratie toont een grote mate van overeenkomst met de indeling op basis van de totale kosten. In de figuur hebben de zorgkantoren de kleur behouden die zij ook in de klassenindeling van de totale beheerskosten hadden. Op die wijze kunt u aan de figuur aflezen dat de zorgkantoren in klasse C in de totale kostenmeting dezelfde zijn als de zorgkantoren in klasse C in de AWBZ-administratie en dat zeven van de elf zorgkantoren die bij de totale kostenmeting tot klasse A behoren ook nu weer tot klasse A behoren.

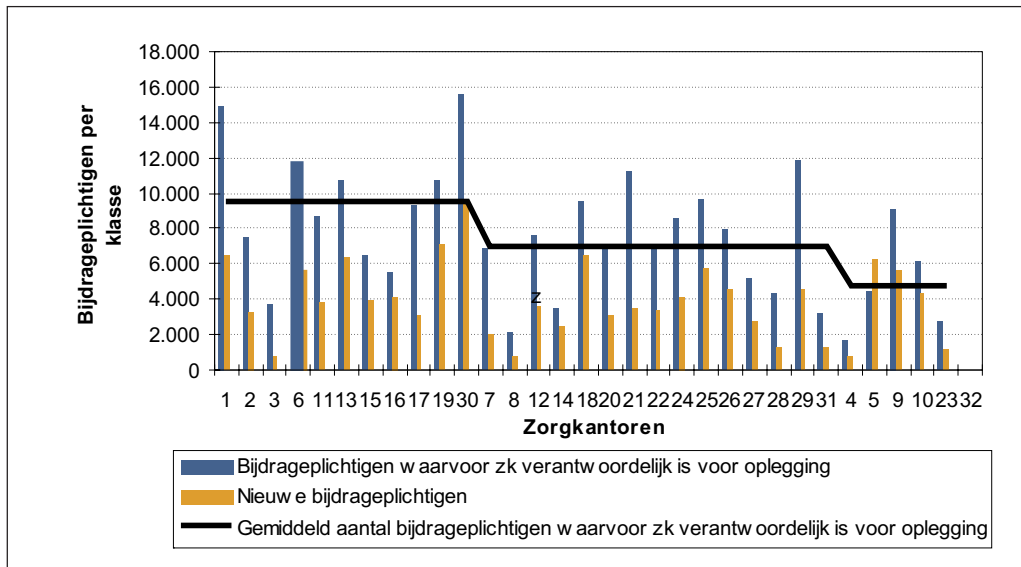
Figuur 3-15: Beheerskosten AWBZ-administratie per bijdrageplichtige



Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

3.59 In figuur 3-16 wordt per klasse het aantal bijdrageplichtigen weergegeven. Naast het aantal bijdrageplichtigen in het totaal (AWBZ-breed, voor zover het zorgkantoor deze oplegde in 2003) is ook het aantal nieuwe bijdrageplichtigen weergegeven, omdat wij hebben verondersteld dat vooral deze laatste groep verantwoordelijk is voor de beheerskosten van de AWBZ-administratie.

Figuur 3-16: Aantal bijdrageplichtigen per klasse



Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

3.60 Bij het uitvoeren van de AWBZ-administratie zijn schaalvoordelen duidelijk zichtbaar in klasse A (links van de knik in de lijn). Dat geldt zowel voor de totale groep bijdrageplichtigen als voor de groep nieuwe bijdrageplichtigen.

3.61 Er blijkt voor de AWBZ-administratie geen samenhang te zijn tussen de kostenstructuur en de klasse waartoe de zorgkantoren behoren. Weliswaar zijn aanzienlijke verschillen tussen de zorgkantoren zichtbaar, maar deze lijken niet samen te hangen met de klasse.

3.62 Op het niveau van de totale beheerskosten was gebleken dat bij zorgkantoren in klasse A het aandeel eigen kosten gemiddeld hoger is dan bij de andere zorgkantoren. Bezien we echter het aandeel eigen kosten in de AWBZ-administratie, dan lijkt het tegendeel waar te zijn: het aandeel doorbelaste kosten is bij zorgkantoren in klasse A enigszins hoger dan bij andere zorgkantoren.

3.63 Het aandeel personeelskosten in de beheerskosten voor de AWBZ-administratie is in zorgkantoren in klasse A hoger dan in die van de andere zorgkantoren, net als op het niveau van de totale beheerskosten. Tabel 3-11 geeft dit weer.

Tabel 3-11: Aandeel personeels kosten in beheerskosten AWBZ-administratie

	Klasse A	Klasse B	Klasse C
Aandeel personeelskosten	67,1%	64,1%	63,8%

Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

3.64 Verder is onderzocht of het aandeel PGB-budget van invloed is op de beheerskosten AWBZ-administratie, vanuit de gedachte dat naarmate een groter bedrag aan PGB's wordt gecontracteerd, het zorgkantoor meer kosten voor de administratie moet maken. Onze hypothese werd echter niet bevestigd: er is geen verband zichtbaar.

3.65 Ten slotte hebben wij onderzocht of er een relatie te leggen is tussen de kosten van AWBZ-administratie en het percentage klachten dat door cliënten is ingediend. Deze relatie blijkt niet gelegd te kunnen worden. Datzelfde geldt voor de relatie tussen de kosten van AWBZ-administratie en de tijd die verstrijkt tussen de start van de gecontracteerde zorg, de vaststelling van de eigen bijdrage en de eerste inning daarvan. Ook hier blijkt geen verband te bestaan. Er is mogelijk wél een verband tussen de kosten van de AWBZ-administratie en de omvang van de 'maanbare' eigen bijdrage. De verschillen tussen de klassen zijn niet groot maar laten wel een duidelijke tendens zien: in zorgkantoren die tot klasse A behoren is het percentage maanbare eigen bijdragen lager dan in klasse B en daar weer lager dan in klasse C.

Beheerskosten zorgcontractering niet sterk gerelateerd aan totale beheerskosten

3.66 De beheerskosten voor zorgcontractering blijken samen te hangen met het aantal zorgaanbieders waarmee het zorgkantoor een contract sluit: hoe meer zorgaanbieders, hoe lager de gemiddelde beheerskosten, conform de bevindingen ten aanzien van de totale beheerskosten. Ondanks de schaalvoordelen is er echter sprake van een forse spreiding.

3.67 De beheerskosten voor zorgcontractering blijken positief samen te hangen met het gecontracteerd budget per zorgaanbieder: hoe hoger het budget, hoe hoger ook de beheerskosten per zorgaanbieder. Blijkbaar vergt het contracteren van een grotere zorgaanbieder meer inspanning dan het contracteren van een kleinere aanbieder. Zorgkantoren met een laag kostenniveau in relatie tot het aantal zorgaanbieders hebben over het algemeen ook een laag kostenniveau in relatie tot het budget per zorgaanbieder.

3.68 Verder valt op dat de relatie tussen het niveau van de totale beheerskosten en het niveau van de beheerskosten zorgcontractering niet sterk is. Met andere woorden: zorgkantoren die voor wat betreft de totale beheerskosten tot klasse A behoren, behoren voor wat betreft de beheerskosten zorgcontractering lang niet altijd tot klasse A.

3.69 Evenals voor de AWBZ-administratie is voor de zorgcontractering het aandeel eigen kosten een onderscheidende factor (als alleen die zorgkantoren worden meegerekend die een betrouwbare toerekening konden maken).

3.70 Het aandeel personeelskosten in de beheerskosten zorgcontractering loopt vrij fors uiteen: van 50% tot 85%. Er lijkt sprake van een complex verband met het kostenniveau: het aandeel personeelskosten van zorgkantoren in klasse A is hoger dan dat in klasse B, maar het aandeel personeelskosten in klasse C is het hoogst.

3.71 Uitgaande van de hypothese dat het contracteren van een instelling die voornamelijk intramurale zorg levert meer inspanning zou kosten en dus zou leiden tot een hoger kostenniveau dan voornamelijk extramurale instellingen hebben wij het aandeel van de extramurale instellingen onderzocht. In tabel 3-12 is dit aandeel weergegeven, uitgedrukt als het budget van de extramurale zorgaanbieders als percentage van het totaalbudget 2003.

Tabel 3-12: Aandeel extramurale zorgaanbieders (alle AWBZ-sectoren)

	Klasse A	Klasse B	Klasse C
Aandeel extramurale zorgverleners	2,5%	3,3%	6,8%

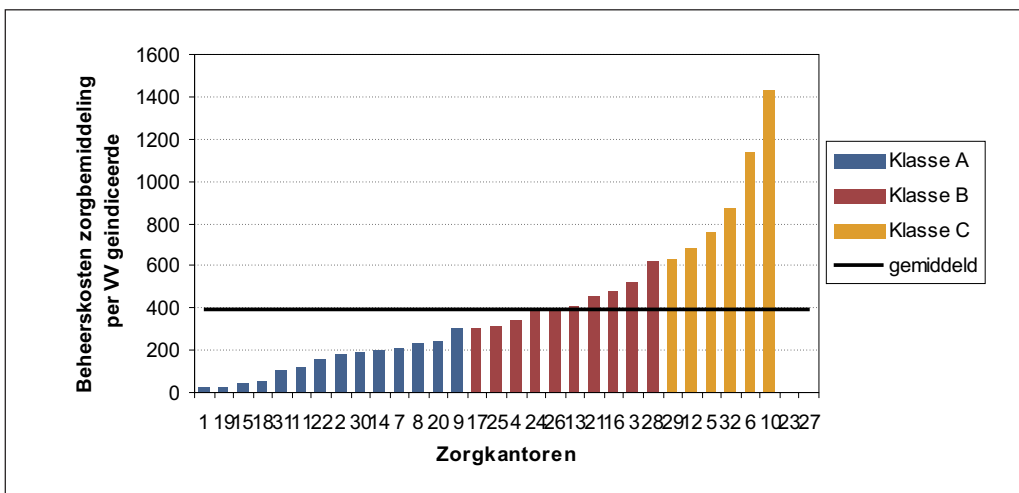
Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

3.72 Het aandeel extramurale zorgaanbieders in klasse C is het hoogst, dus anders dan wij veronderstelden.

Sterke spreiding beheerskosten zorgbemiddeling geconstateerd

3.73 In figuur 3-17 ziet u de beheerskosten voor zorgbemiddeling in relatie tot het aantal cliënten dat op de wachtlijst staat voor opname in een verpleeg- of verzorgingshuis.

Figuur 3-17: Beheerskosten zorgbemiddeling in relatie tot cliënten op wachtlijst verpleeg- of verzorgingshuis



Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

3.74 De spreiding van de beheerskosten zorgbemiddeling is zeer groot. De begeleidingscommissie heeft erop gewezen dat dit te maken heeft met het feit dat de zorgbemiddeling in 2003 nog een taak in ontwikkeling was. Een aantal zorgkantoren had gepland deze taak laat in het jaar of in 2004 in uitvoering te nemen, zodat er in 2003 nog weinig kosten voor gemaakt zijn.

3.75 De zorgbemiddelingskosten per cliënt zijn in klasse A duidelijk lager dan in klasse B, en die zijn weer lager dan in klasse C. De tabel toont dit nogmaals aan.

Tabel 3-13: Beheerskosten zorgbemiddeling per cliënt op wachtlijst verpleeg- of verzorgingshuis

	Klasse A	Klasse B	Klasse C
Beheerskosten	150	424	920

Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

3.76 Een analyse van het aandeel eigen kosten versus doorbelaste kosten voor de zorgbemiddeling laat zien dat er geen samenhang bestaat met de klasse.

3.77 Er blijkt wel een samenhang te zijn met het aandeel personeelskosten: zorgkantoren die behoren tot klasse A voor wat betreft zorgbemiddeling hebben een relatief groter aandeel personeelskosten dan zorgkantoren in klasse B, en die weer dan zorgkantoren in klasse C.

3.78 Voor het overige zijn er geen duidelijke verbanden aangetroffen als het gaat om de zorgbemiddelingskosten.

4 De cliëntenraadpleging: het instrument

4.01 In dit hoofdstuk staat de cliëntenraadpleging centraal. Allereerst worden het instrument en het onderzoeksverloop toegelicht en vervolgens gaan wij in op de respons. De inhoudelijke resultaten worden beschreven in hoofdstuk 5. De cliëntenraadpleging is uitgevoerd door het NIVEL en het CVZ.

Het instrument en het onderzoeksverloop

4.02 De cliëntenraadpleging is uitgevoerd als een schriftelijke enquête, die toegezonden is aan cliënten die recent (zie volgende alinea) contact met het zorgkantoor hebben gehad. In de pilotbenchmark waren voor wat betreft de cliëntenraadpleging al de modules voor het deelterrain 'algemeen' en het deelterrain 'eigenbijdrageregeling' ontwikkeld. Voor het landelijk onderzoek is additioneel een module ontwikkeld voor de uitvoering van de PGB-regeling. De module is dus nieuw en in die zin is er sprake van een testsituatie.

4.03 Voor de cliëntenraadpleging is een steekproef getrokken uit twee groepen cliënten (qua omvang de meest belangrijke voor de zorgkantoren):

- a cliënten voor wie het zorgkantoor tussen 1 juli 2004 en 1 oktober 2004 een eigen bijdrage heeft vastgesteld;
- b cliënten aan wie het zorgkantoor tussen 1 januari 2004 en 1 oktober 2004 een PGB heeft toegekend.

4.04 Uit deze groepen cliënten is een steekproef getrokken van respectievelijk 400 en 300 cliënten. Bij kleinere zorgkantoren is geen steekproef getrokken: bij zes zorgkantoren is de totale groep eigen-bijdragecliënten benaderd en bij twee zorgkantoren de totale groep PGB-cliënten. De totale steekproefomvang omvatte 20.768 personen, te weten 11.310 cliënten in het kader van de eigenbijdrageregeling en 9.458 PGB-cliënten.

4.05 Alle cliënten ontvingen een vragenlijst met een algemene module plus een module die specifiek gericht was op óf de uitvoering van de eigenbijdrageregeling óf de uitvoering van de subsidieregeling PGB. In de module eigenbijdrageregeling waren ook enkele vragen opgenomen over wachttijden en wachtlijstbemiddeling. Elke module bevatte tussen de 15 en 20 vragen.

4.06 In de pilot was gebleken dat het trekken van de steekproef voor de zorgkantoren niet eenvoudig was. De registraties waren niet ingericht op het genereren van dit type bestanden. De onderzoekers hebben daarom overwogen om in plaats daarvan de zorgkantoren te vragen om gedurende een bepaalde periode alle cliënten voor wie een eigen bijdrage was vastgesteld of een PGB-beschikking was afgerond, na een aantal weken een enquête toe te zenden. Ook dat stuitte op bezwaren, omdat de zorgkantoren gedurende een langere periode met extra werk geconfronteerd zouden worden.

4.07 Alles afwegende is de volgende procedure afgesproken. De zorgkantoren leveren wekelijks aan het CVZ een bestand met namen van cliënten uit de twee cliëntgroepen. Uit deze bestanden wordt door de onderzoekers een steekproef getrokken. Het CVZ zorgt vervolgens voor verzending van de vragenlijst aan de cliënt. Bij de vragenlijst waren een begeleidende brief en een invulinstructie gevoegd.

4.08 In totaal zijn er gedurende drie maanden vragenlijsten verzonden. De laatste vragenlijsten zijn eind september verzonden en eind oktober geretourneerd.

4.09 In die periode was er vanuit het CVZ een helpdesk beschikbaar voor vragen van cliënten en zorgkantoren. De helpdesk werd dagelijks een aantal malen gebeld, vooral om nadere uitleg te vragen of om mee te delen dat men niet deel wilde nemen. Ook werd gesteld dat de vragenlijst te lang of te ingewikkeld was. Uit de contacten bleek verder dat cliënten of hun vertegenwoordigers lang niet altijd begrepen over welke organisatie hun mening werd gevraagd; vaak dachten zij dat het om het indicatieorgaan ging. Ook bleek dat cliënten soms nauwelijks bemoeienis met het zorgkantoor hebben, omdat bijvoorbeeld bij opname in een verpleeg- of verzorgingshuis de instelling de administratieve en financiële afwikkeling overneemt. Ten slotte werd gebeld om te melden dat vragenlijsten waren verzonden naar cliënten die inmiddels verhuisd of overleden waren.

4.10 De binnengekozen antwoorden zijn ingescand, opgeslagen in een database en door onderzoekers geanalyseerd. Het NIVEL heeft, om na te kunnen gaan of de groep respondenten representatief is voor de gehele cliëntgroep, een non-responseonderzoek uitgevoerd. Bezien is of de responsgroepen voor wat betreft hun verdeling naar leeftijdsklasse en man-vrouwverdeling afwijken van de steekproef. Bovendien is onderzocht of er op het niveau van de deelnemende zorgkantoren een verband is tussen het responspercentage en de kwaliteitsoordelen van de cliënten. De uitkomsten van de analyse laten zien dat er in de responsgroepen ten opzichte van de steekproeven een lichte oververtegenwoordiging is van vrouwen (66,5% ten opzichte van 65,2%). Daarnaast is in de twee responsgroepen de gemiddelde leeftijd circa drie jaar hoger dan in de beide steekproefgroepen. Er is geen statistisch significant verband gevonden tussen de responspercentages en de oordelen van cliënten per zorgkantoor.

4.11 De vragenlijsten bestonden uit drie gedeelten

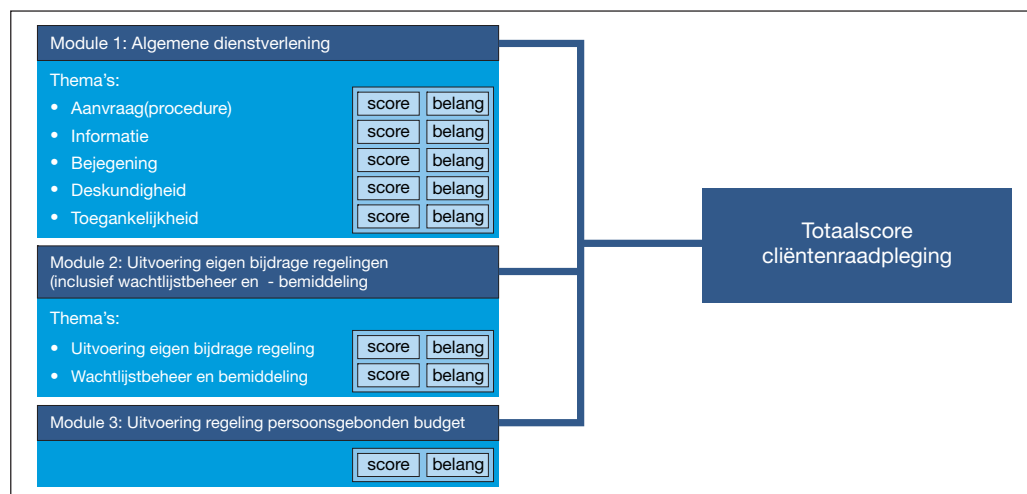
- a een gedeelte waarin het oordeel van de cliënt werd gevraagd over de inhoud van een aantal kwaliteitsaspecten;
- b een gedeelte waarin het oordeel van de cliënt werd gevraagd naar het belang van deze aspecten;
- c een gedeelte waarin werd gevraagd naar de achtergrond van de cliënt, zoals de leeftijd.

4.12 Het oordeel van de cliënt over de kwaliteitsaspecten (kwaliteitsscores genoemd) is zoveel mogelijk gebaseerd op concrete ervaringen die de cliënt met het zorgkantoor heeft. Bij de meeste vragen kan de cliënt kiezen uit vier antwoordmogelijkheden, meestal lopend van 'nooit' naar 'altijd'.

4.13 Naar de 'belangscores' is gevraagd omdat een negatief oordeel over een aspect dat de cliënt van het allergrootste belang vindt, zwaarder moet wegen dan een negatief oordeel over een aspect dat de cliënt minder belangrijk vindt.

4.14 De vragenlijst is onderverdeeld in een aantal thema's. Elk thema wordt in de vragenlijst gemeten met behulp van een aantal samenhangende vragen die samen een schaal vormen. De betrouwbaarheidscoëfficiënten van deze schalen (Cronbach's alpha) liggen in de regel boven de .70 en een enkele keer tussen de .60 en de .70, zodat van een redelijk tot goede betrouwbaarheid kan worden gesproken. In figuur 4-1 ziet u de opzet van de vragenlijst.

Figuur 4-1: Modules en thema's cliëntenraadpleging



Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

4.15 De antwoorden van de cliënten zijn waar mogelijk en zinvol gemeten met behulp van vier antwoordcategorieën. De gemiddelde scores op deze vier antwoordcategorieën (genummerd 1 tot en met 4) zijn vervolgens lineair getransformeerd naar een waarde tussen 1 en 10. Een hogere gemiddelde score duidt op een positiever cliëntoordeel. De theoretische maximumscore is een 10.

4.16 Er is geen totaalscore voor de cliëntenraadpleging berekend. De niet-differentiërende scores van de EB-cliënten zouden dan de wél differentiërende scores van de PGB-cliënten maskeren.

4.17 Om de vergelijking tussen de zorgkantoren zo zuiver mogelijk te houden, zijn de scores in de cliëntenraadpleging op drie punten gecorrigeerd.

4.18 In de eerste plaats is gecorrigeerd voor verschillen in cliëntenpopulatie. Er is gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en voor het feit of de cliënt zelf dan wel een vertegenwoordiger van de cliënt de vragenlijst had ingevuld. De correcties zijn aangebracht omdat ouderen positiever blijken te oordelen dan jongeren, vrouwen positiever dan mannen, lager opgeleiden positiever dan hoger opgeleiden en cliënten positiever dan hun vertegenwoordigers. Het feit of een cliënt alleenstaand was of niet, bleek niet of nauwelijks van invloed op de cliëntoordelen.

4.19 Verder zijn de totaalscores en de scores per thema gewogen voor het verschil in belang dat de cliënten hechten aan de verschillende thema's. Belangrijke thema's tellen zwaarder mee.

4.20 Ten slotte is rekening gehouden met het verschil in steekproefomvang tussen zorgkantoren.

4.21 Behalve via een vergelijking tussen zorgkantoren, levert de cliëntenraadpleging ook aanknopingspunten voor verbetering op door de behaalde scores te toetsen aan door de zorgkantoren zelf te formuleren streefwaarden. In dat kader moet het voor de zorgkantoren mogelijk zijn om na enige tijd het onderzoek zelf te herhalen en de resultaten te vergelijken met de nu behaalde scores.

Respons cliëntenraadpleging niet hoog

4.22 De omvang van de steekproeven is gebaseerd op de verwachting dat de gemiddelde respons op de module eigen bijdrage 40% zou bedragen en de respons op de module PGB 50%. De verwachting dat PGB-clients wat vaker responderen dan EB-clients was gebaseerd op het feit dat er bij de afhandeling van een PGB-aanvraag een meer intensief contact is tussen zorgkantoor en cliënt dan bij het opleggen van een eigen bijdrage. In totaal zijn bijna 21.000 vragenlijsten verzonden.

4.23 Deze percentages zijn niet gehaald. De gemiddelde respons bedroeg 20,8% voor EB-clients en 34,1% voor PGB-clients. In tabel 4-1 zijn deze en een aantal andere responsgegevens opgenomen. De respons is uitgedrukt als het percentage geretourneerde en voor analyse bruikbare vragenlijsten ten opzichte van het totale aantal verzonden vragenlijsten.

Tabel 4-1: Respons cliëntenraadpleging

Modules	Gemiddeld	Minimum	Maximum
Algemeen + eigenbijdrageregeling	20,8%	10,9%	25,0%
Algemeen + PGB-regeling	34,1%	21,9%	42,5%
Totaal	26,9%	21,1%	33,9%

Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

4.24 De respons voor met name de eigenbijdrageregeling is niet hoog te noemen. Voor een aantal zorgkantoren zijn een of meer responsaantallen dermate laag, dat het niet verantwoord was om de resultaten per vraag terug te koppelen. Bij minder dan 25 antwoorden per vraag is geen score toegekend. Dat gold voor één zorgkantoor met betrekking tot de totale respons en voor vijf zorgkantoren met betrekking tot de EB-clients. Vooral bij zorgkantoren die minder dan de gevraagde 300 of 400 cliënten per module hebben aangeleverd, is deze situatie opgetreden.

4.25 Overigens zijn de vragenlijsten niet altijd volledig ingevuld. De cliënten merken op dat zij niet alle vragen kunnen beantwoorden omdat zij over een deel van de onderwerpen die in de vragenlijst aan de orde komen, geen contact hebben gehad met het zorgkantoor. Ook wordt aangegeven dat men moeite heeft om zich de werkwijze van het zorgkantoor precies te herinneren.

4.26 In tabel 4-2 wordt een overzicht van het responsverloop gegeven.

Tabel 4-2: Responsverloop cliëntenraadpleging

Responsverloop	EB-cliënten	PGB-cliënten	Totaal
Totale steekproef	11.310	9.458	20.768
Onbestelbaar of (klein aantal) leeg teruggezonden zonder opgave van redenen	-213	-61	-274
Overleden	-204	-56	-260
Netto steekproef	10.893	9.341	20.234
Aantal vragenlijsten geretourneerd	2.700	3.307	6.007
Lege vragenlijsten met in reactie aangegeven niet te willen deelnemen	-440	-124	-564
Netto responsgroep	2.260	3.183	5.443
Netto responspercentage	20,8%	34,1%	26,9%

Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

4.27 Hoewel de oorzaken van de lage respons niet expliciet zijn onderzocht, is uit reacties die zijn binnengekomen via de helpdesk en de geretourneerde vragenlijsten duidelijk geworden dat cliënten lang niet altijd op de hoogte zijn van de taken die het zorgkantoor uitvoert, ook niet als zij in het recente verleden met het zorgkantoor te maken hebben gehad.

4.28 Aandachtspunt is het aantal onbestelbare vragenlijsten en het aantal vragenlijsten dat is toegezonden aan inmiddels overleden cliënten. Het bestand van enkele (vijf) zorgkantoren bevatte veel meer namen van overleden cliënten dan gemiddeld; het bleek dat een aantal cliënten al geruime tijd geleden overleden waren.

4.29 Een klein aantal cliënten (minder dan 0,1% van de verzonden vragenlijsten) heeft ondanks screening op doublures in de loop van het onderzoek twee vragenlijsten ontvangen.

4.30 In tabel 4-3 en 4-4 ziet u een overzicht van de drie belangrijkste redenen waarom cliënten niet aan de raadpleging hebben deelgenomen. Het overzicht is samengesteld uit de schriftelijke reacties, dat wil zeggen de leeg geretourneerde vragenlijsten waarop de reden van weigering tot deelname was aangegeven.

Tabel 4-3: Redenen voor weigering deelname EB-cliënten

Aangegeven reden	Aantal malen aangegeven
Cliënt is lichamelijk of geestelijk niet in staat om de vragenlijst in te vullen	175
Cliënt geeft aan geen tijd of geen zin te hebben	97
Cliënt geeft aan niet of nauwelijks contact te hebben met het zorgkantoor	74

Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

Tabel 4-4: Redenen voor weigering deelname PGB-cliënten

Aangegeven reden	Aantal malen aangegeven
Cliënt is lichamelijk of geestelijk niet in staat om de vragenlijst in te vullen	40
Cliënt vindt de vragenlijst te moeilijk of te lang	20
Cliënt heeft nog maar kort een PGB, heeft nog geen PGB ontvangen of is gestopt	19

Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

5 De cliëntenraadpleging: uitkomsten

5.01 In dit hoofdstuk staan de uitkomsten van de cliëntenraadpleging centraal.

5.02 Net als in de kostenmeting zijn de zorgkantoren ten aanzien van de cliëntenraadpleging in drie klassen ingedeeld. De zorgkantoren met de hoogste scores behoren tot klasse A, de middengroep tot klasse B en de groep met de laagste scores tot klasse C. Deze klassenindeling heeft alleen betrekking op de oordelen over de uitvoering van de PGB-regeling. Zorgkantoren die inclusief de betrouwbaarheidsinterval boven het gemiddelde scoren, behoren tot klasse A. Zorgkantoren die inclusief de betrouwbaarheidsinterval beneden het gemiddelde scoren, behoren tot klasse C. De overige behoren tot klasse B. Bij de EB-cliënten zijn de verschillen tussen de zorgkantoren te klein om op een verantwoorde manier tot een indeling in drie klassen te komen.

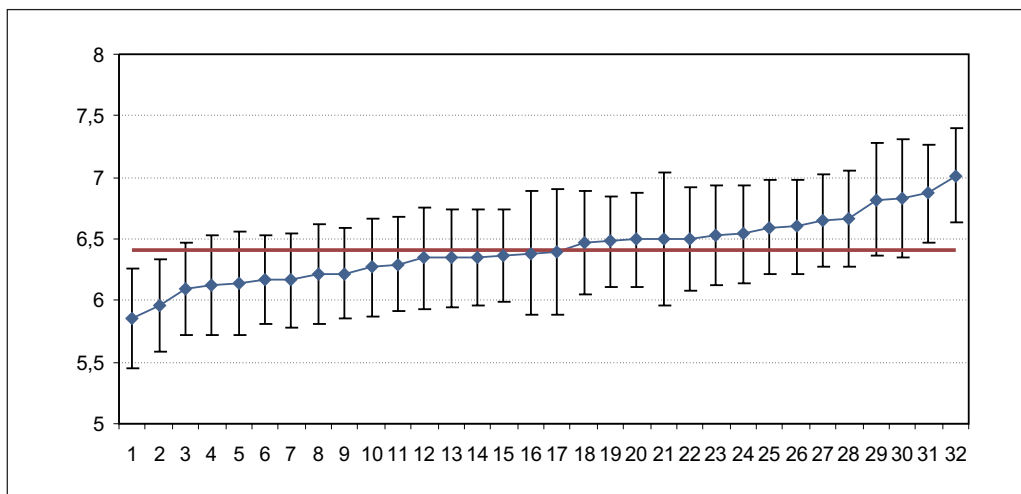
5.03 Voor alle figuren en tabellen in dit hoofdstuk geldt: hoe hoger de score, hoe positiever het oordeel van de cliënten.

Totaalscores PGB-cliënten differentiëren tussen zorgkantoren

5.04 Als totaalscores onderscheiden wij de scores van de EB-cliënten en van de PGB-cliënten. De totaalscore van de EB-cliënten is het gemiddelde tussen de scores van deze cliënten op de algemene module en die op de EB-module. De totaalscore van de PGB-cliënten is het gemiddelde tussen de scores van deze cliënten op de algemene module en die op de PGB-module.

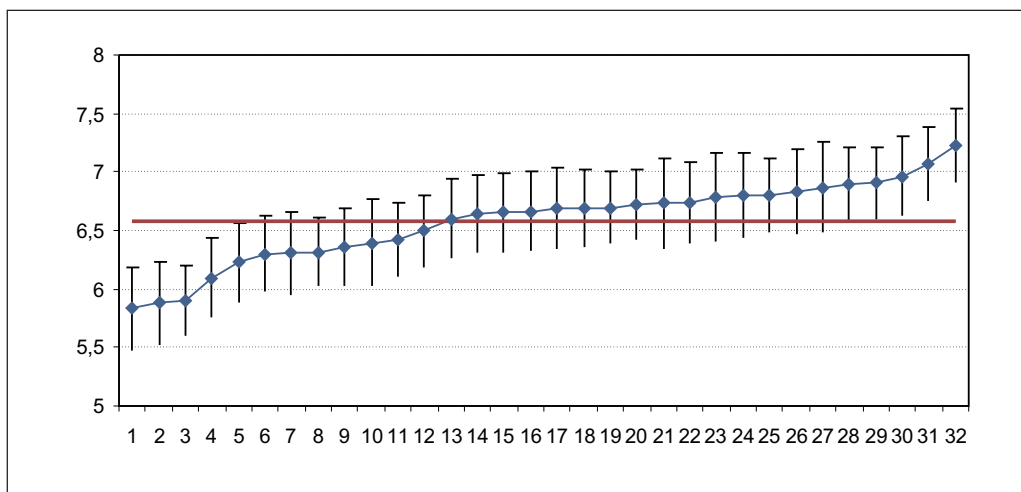
5.05 Figuur 5-1 en 5-2 tonen de totaalscores van de twee cliëntgroepen. Behalve de scores zijn ook de betrouwbaarheidsintervallen opgenomen. Hoe korter de verticale streep boven en onder de score, hoe groter de nauwkeurigheid.

Figuur 5-1: Rangorde totaalscore EB-cliënten



Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

Figuur 5-2: Rangorde totaalscore PGB-cliënten



Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

5.06 Uit de figuren blijkt dat de totaalscores van de meeste zorgkantoren voor wat betreft de EB-cliënten weinig uiteenlopen. Er is een zeer grote middengroep. In de scores van de PGB-cliënten is de middengroep wat kleiner en zijn drie klassen te onderscheiden. Dit patroon is niet alleen zichtbaar in de totaalscores, maar ook in de meeste van de afzonderlijke thema's.

5.07 Tabel 5-1 geeft de scores weer op een schaal van 1 - 10.

Tabel 5-1: Totaalscores cliëntenraadpleging

Cliëntgroep	Gemiddeld	Minimum	Maximum
EB-cliënten	6,4	5,9	7,0
PGB-cliënten	6,6	5,8	7,2

Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

Scores op module algemeen verschillen per cliëntgroep

5.08 De algemene module is zowel door EB-cliënten en door PGB-cliënten ingevuld. De vragen in deze module verschilden niet per doelgroep. De scores op de thema's in deze algemene module laten wel verschillen tussen de twee responsgroepen zien.

Tabel 5-2: Scores per thema module algemeen

Thema	Gemiddeld	
	EB	PGB
Aanmelding en wachttijd ¹	5,5	5,7
Informatieverstrekking	5,9	6,6
Bejegening	7,4	7,5
Deskundigheid medewerkers	7,1	7,0
Telefonische bereikbaarheid	7,4	6,9

Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

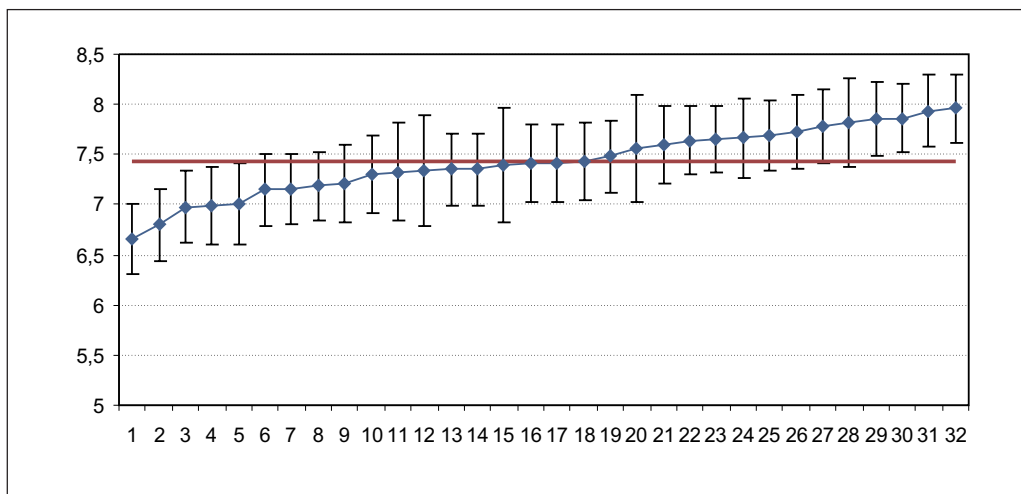
5.09 De EB-cliënten zijn, in vergelijking met PGB-cliënten, wat meer positief in hun oordeel over de telefonische bereikbaarheid van zorgkantoren. PGB-cliënten op hun beurt zijn, in vergelijking met EB-cliënten, wat meer positief over de informatie die zijn van zorgkantoren krijgen.

5.10 Een vergelijking van de scores per thema leert dat aanmelding en wachttijd in beide groepen het laagst scoren. Ook de score op Informatieverstrekking ligt niet hoog.

5.11 Uit de analyses is gebleken dat de scores van de zorgkantoren op het thema telefonische bereikbaarheid bij zowel de EB- als de PGB-cliënten het meest uiteenlopen. In de figuren 5-3 en 5-4 worden ter illustratie de scores op dit thema getoond in de vorm van een rangorde.

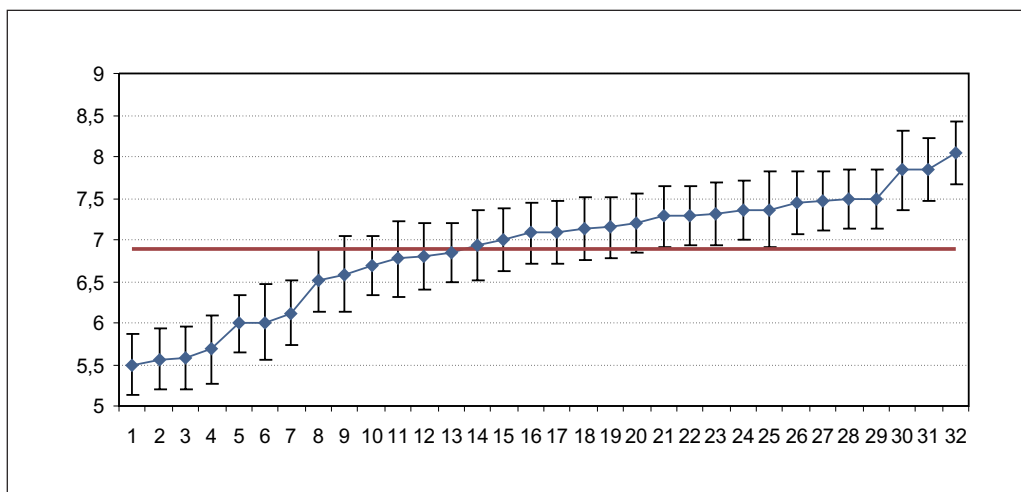
¹ Bedoeld is de wachttijd tussen het indicatiebesluit en het eerste contact met het zorgkantoor en de wachttijd tussen het eerste contact en het aanbod van zorg.

Figuur 5-3: Rangorde scores thema telefonische bereikbaarheid volgens EB-cliënten



Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

Figuur 5-4: Rangorde scores thema telefonische bereikbaarheid volgens PGB-cliënten



Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

Score module eigenbijdrageregeling weinig gespreid over zorgkantoren

5.12 In tabel 5-3 ziet u het oordeel van de EB-cliënten over de uitvoering van de eigenbijdrageregeling.

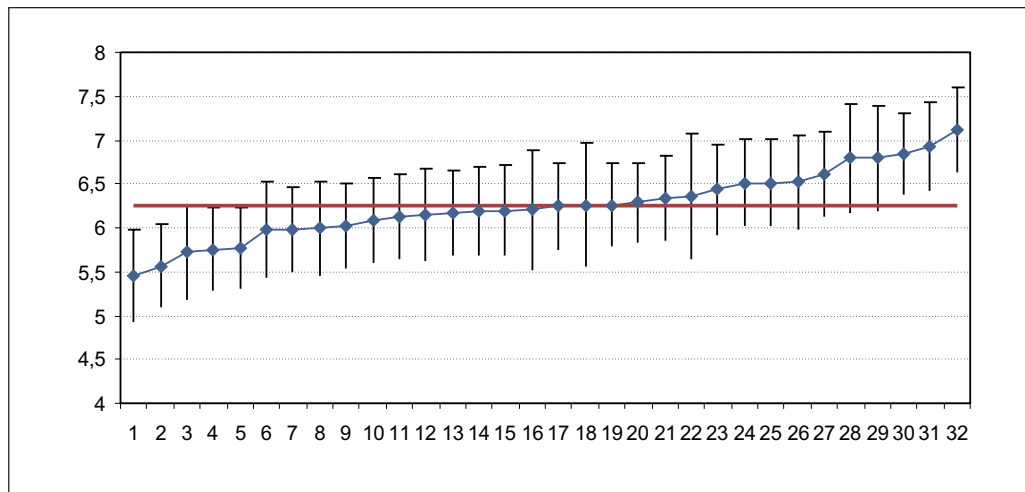
Tabel 5-3: Scores module uitvoering eigenbijdrageregeling

	Gemiddeld	Minimum	Maximum
Score	6,3	5,5	7,1

Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

5.13 De rangorde van de zorgkantoren op het thema ‘uitvoering eigenbijdrageregeling’ ziet u in de volgende figuur 5-5. De figuur laat zien dat (rekening houdend met de relatief grote betrouwbaarheidsintervallen) de onderlinge verschillen tussen de zorgkantoren klein zijn en voor het merendeel van de zorgkantoren niet substantieel afwijken van het gemiddelde voor alle zorgkantoren. Het gemiddelde kwaliteitsoordeel komt uit op 6,3.

Figuur 5-5: Rangorde scores uitvoering eigenbijdrageregeling



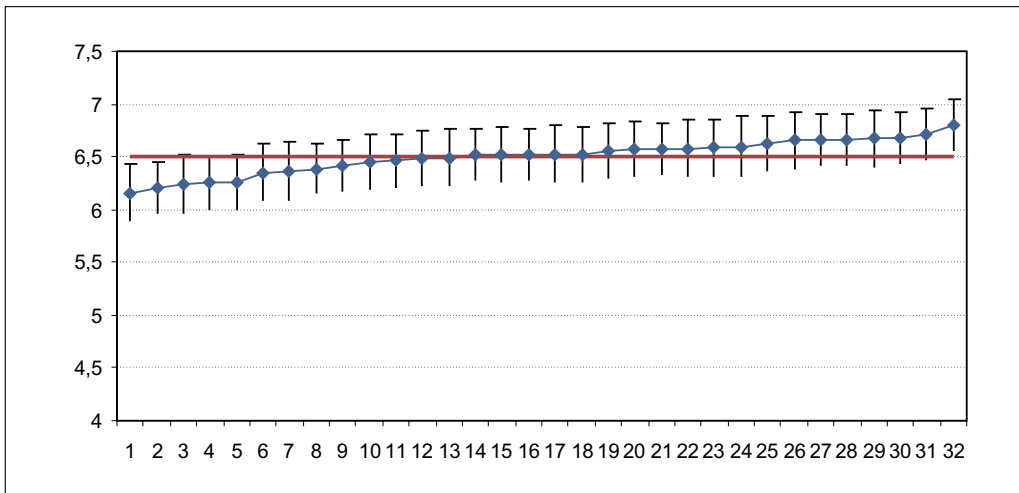
Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

5.14 De module EB-regeling is niet in thema’s onderverdeeld. De module bestaat uit zeven vragen. Het bleek dat de cliënten het meest positief oordeelden over de vraag of de procedure correct is afgehandeld. Het minst positief oordeelden de cliënten over de vraag of het zorgkantoor hen had verteld bij wie ze met vragen of klachten terecht konden en over de vraag of de procedure snel is afgehandeld.

Scores module PGB-regeling per thema sterk verschillend

5.15 De rangorde van de 32 zorgkantoren op de totale module uitvoering PGB-regeling ziet u in figuur 5-6.

Figuur 5-6: Rangorde scores PGB-regeling



Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

5.16 In tabel 5-4 ziet u het oordeel van de PGB-cliënten over de uitvoering van de PGB-regeling per thema. Alleen de minimum- en maximumscores op het thema aanvraag en aanmelding zijn niet vermeld. De verschillen tussen de zorgkantoren waren hier zodanig klein dat niet van een minimum of maximum kan worden gesproken.

Tabel 5-4: Scores per thema module uitvoering PGB-regeling

Thema	Gemiddeld	Minimum	Maximum
Aanvraag en aanmelding	6,0	n.v.t.	n.v.t.
Procedure en afhandeling	7,3	6,2	8,1
Besluit en verantwoording	8,5	8,1	8,8
Nazorg (vragen en klachten)	4,3	3,8	4,7
Totaal	6,5	6,2	6,8

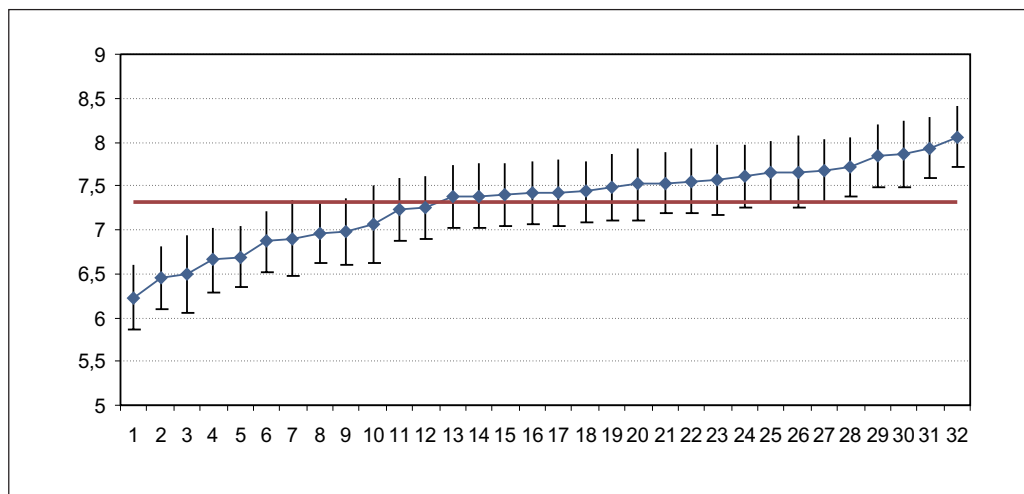
Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

5.17 De tabel laat zien dat de scores per thema sterk variëren. Het thema besluit en verantwoording scoort duidelijk het hoogst met een 8,5. Het thema nazorg wordt het minst hoog gewaardeerd. Het zal een rol spelen dat de vragen van dit thema vooral zijn ingevuld door cliënten die een vraag of klacht hadden. Het bleek dat zorgkantoren die op het ene thema duidelijk boven- of benedengemiddeld scores, dit meestal ook doen op de andere thema's.

5.18 Respondenten van wie het aangevraagde PGB gedeeltelijk is afgewezen, oordeelden duidelijk minder positief dan degenen aan wie het aangevraagde budget volledig was toegekend. Echter, het aantal personen in de steekproef dat een (al of niet gedeeltelijke) afwijzing heeft ontvangen is met minder dan 100 respondenten relatief klein.

5.19 In onderstaande figuren 5-7 tot en met 5-9 ziet u de scores op de PGB-thema's procedures en afhandeling, besluit en verantwoording en nazorg. De scores op het thema aanvraag en aanmelding differentiëren nauwelijks tussen de zorgkantoren en zijn dan ook niet weergegeven.

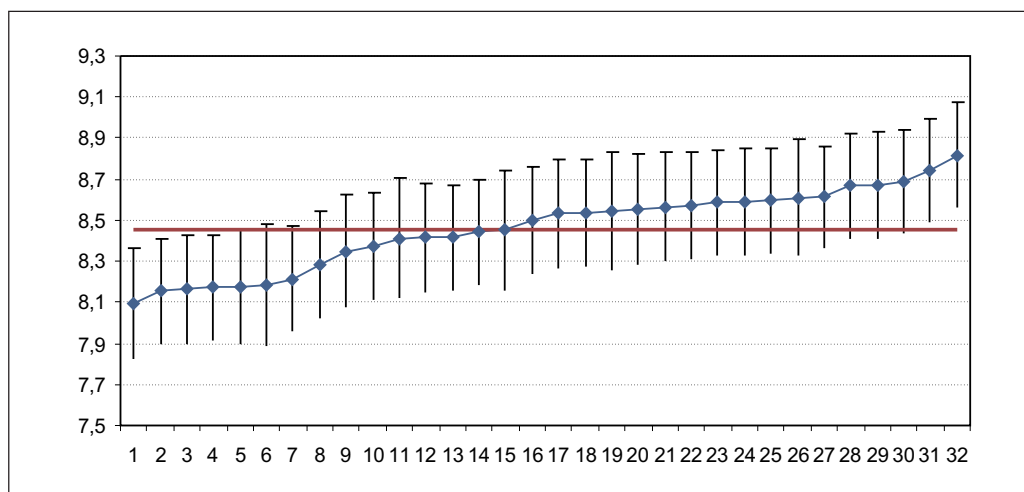
Figuur 5-7: Rangorde scores PGB-regeling thema procedure en afhandeling



Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

5.20 De scores per zorgkantoor op het thema procedure en afhandeling (gemiddeld 7,3) variëren van 6,2 tot 8,0: duidelijke verschillen derhalve.

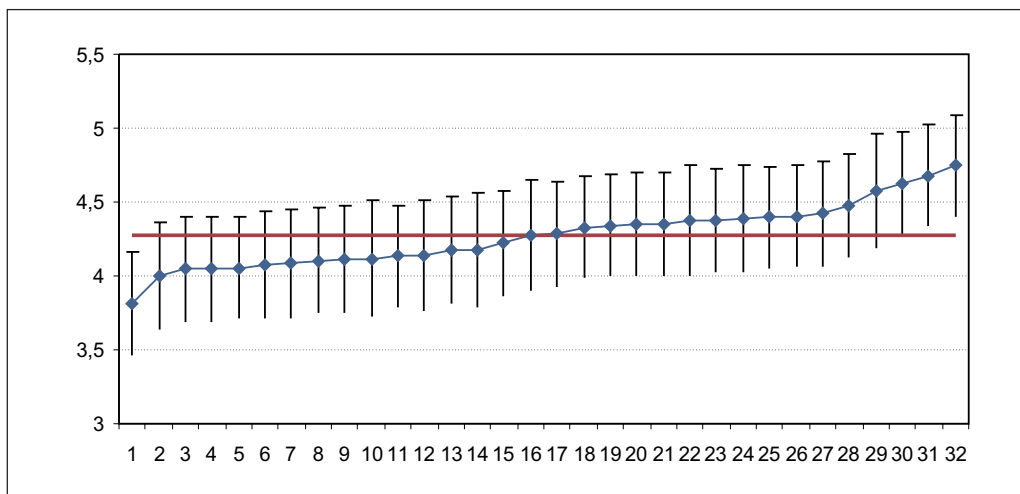
Figuur 5-8: Rangorde scores PGB-regeling thema besluit en verantwoording



Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

5.21 Het thema besluit en verantwoording wordt bij alle zorgkantoren hoog gewaardeerd. De spreiding is minder groot dan bij de andere afgebeelde thema's: 8,1 tot 8,8.

Figuur 5-9: Rangorde scores PGB-regeling thema nazorg (vragen en klachten)



Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

5.22 De scores van het thema nazorg lopen uiteen van 3,8 tot 4,7.

Verbeterpotentieel per thema inzichtelijk gemaakt

5.23 Uit de cliëntenraadpleging blijkt zorgkantoren op het ene thema gemiddeld meer kwaliteitswinst kunnen boeken dan op het andere thema. In de bijlage hebben wij een overzicht opgenomen, ingedeeld naar de categorieën 'groot probleem', 'matig probleem' en 'klein probleem'.

5.24 De meeste aandacht vragen aspecten als het tijdig contact opnemen met de cliënt en, voor de PGB-cliënten, het meedenken over hun PGB-aanvraag. Op aspecten als bejegening van de cliënt en deskundigheid van de medewerkers is het verbeterpotentieel minder groot.

Achtergrondkenmerken respondenten

5.25 Uit de landelijke analyses is gebleken dat niet alle cliëntgroepen gelijk oordelen. Jonge en/of hoog opgeleide cliënten zijn gemiddeld wat minder positief in hun oordeel dan ouderen en lager opgeleiden. Verder zijn cliëntvertegenwoordigers die de vragen hebben beantwoord wat minder positief dan cliënten. Omdat in de scores voor deze achtergrondkenmerken is gecorrigeerd, hebben verschillen in respondentgroepen per zorgkantoor geen invloed op de uitkomsten.

5.26 De tabellen 5-5 en 5-6 geven aan hoe de respondentgroepen zijn opgebouwd.

Tabel 5-5: Opbouw respondentgroep EB-cliënten

Achtergrondkenmerk	Gemiddeld
65 jaar of ouder	77%
Opleiding maximaal LBO/MAVO	72%
Alleenstaand	58%
Vragenlijst door cliënt zelf ingevuld	26%

Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

Tabel 5-6: Opbouw respondentgroep PGB-cliënten

Achtergrondkenmerk	Gemiddeld
65 jaar of ouder	32%
Opleiding maximaal LBO/MAVO	59%
Alleenstaand	32%
Vragenlijst door cliënt zelf ingevuld	49%

Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

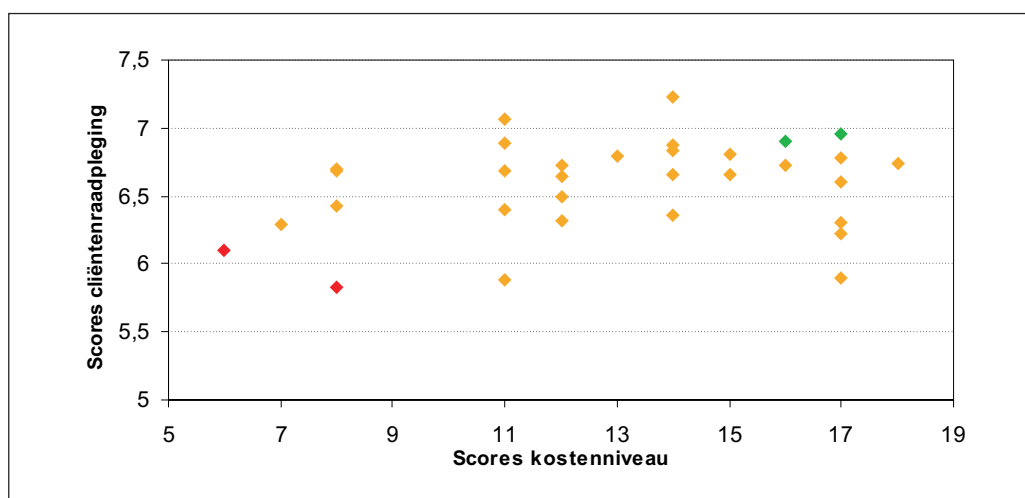
5.27 De PGB-cliënten zijn duidelijk jonger en hoger opgeleid dan de EB-cliënten. Ook zijn ze minder vaak alleenstaand. Voor bijna 70% van de EB-cliënten en de helft van de PGB-cliënten is de vragenlijst ingevuld door een vertegenwoordiger van de cliënt.

6 De samenhang tussen kostenniveau en cliëntoordeel

6.01 In dit hoofdstuk wordt besproken in hoeverre een relatie kan worden gelegd tussen kosten en de cliëntenraadpleging PGB. De cliëntenraadpleging EB wordt hier buiten beschouwing gelaten, omdat deze scores te weinig differentiëren tussen de zorgkantoren.

6.02 Figuur 6-1 toont de matrix van kosten en score op de cliëntenraadpleging.

Figuur 6-1: Matrix totale kosten en cliëntenraadpleging PGB



Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

6.03 De twee groen gekleurde zorgkantoren in de rechterbovenhoek behoren zowel voor wat betreft het kostenniveau als voor wat betreft de cliëntenraadpleging PGB-clënten tot klasse A. De twee rood gekleurde zorgkantoren rechtsonder behoren twee maal tot klasse C.

6.04 Uit de confrontatie van de scores op het kostenniveau met de scores op de cliëntenraadpleging PGB blijkt verder dat de combinatie van een A-klasse en een C-klasse slechts tweemaal voorkomt. Er is een groep van twaalf zorgkantoren die voor zowel de kosten als de cliëntenraadpleging tot klasse B behoort. Tabel 6-1 toont een overzicht.

Tabel 6-1: Aantal zorgkantoren per klasse kostenniveau en cliëntenraadpleging PGB

Kosten →	Klasse A	Klasse B	Klasse C	Totaal aantal zorgkantoren kosten
Cliënten PGB ↓				
Klasse A	2	7	2	11
Klasse B	2	12	1	15
Klasse C	0	4	2	6
Totaal aantal zorgkantoren cliëntenraadpleging PGB	4	23	5	32

Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

6.05 Wij hebben diverse verbandsanalyses op themaniveau uitgevoerd, maar hieruit blijken geen significante verbanden tussen de scores op cliënttevredenheid en de kostenniveaus aanwezig te zijn. Tabel 6-2 laat dit zien. Gegeven het kleine aantal van 32 zorgkantoren, mag er van een betekenisvolle samenhang worden gesproken als de correlatiecoëfficiënt boven de .40 uitkomt. Dit blijkt bij slechts één van de correlaties (het verband tussen de kosten per PGB en het oordeel van de cliënten over de uitvoering van de PGB-regeling door het zorgkantoor) het geval te zijn. De correlaties met de scores van de PGB-cliënten zijn iets minder zwak dan de correlaties met de scores van de EB-cliënten, hetgeen overeenkomt met de bevinding dat de scores van de PGB-cliënten meer differentiëren en dus wat meer zeggingskracht hebben dan de scores van de EB-cliënten.

Tabel 6-2: Correlaties kostenniveau en cliëntenraadpleging

	Onderwerp kostenonderzoek	Onderwerp cliëntenraadpleging	Correlatie
1	Kostenniveau AWBZ-administratie	Score eigen bijdrage algemeen	0,04
2	Aantal klachten	Score eigen bijdrage algemeen	-0,01
3	Deskundigheidsniveaus medewerkers	EB thema deskundigheid	0,07
4	Doorlooptijd inning	EB wachttijd aanmelding	0,37
5	Doorlooptijd inning	EB aanvraag snel afgehandeld	0,07
6	Informatiekosten	Score EB informatie	0,00
7	Kosten per PGB	PGB score algemeen	-0,52
8	Tijdsbesteding per 1.000 contracten	PGB score algemeen	-0,32
9	Informatie kosten per cliënt	Score PGB informatie	-0,21

Bron: Eerste benchmark zorgkantoren

6.06 Wij herinneren eraan dat de cliëntscores uitsluitend betrekking hebben op de activiteiten waarmee EB- respectievelijk PGB-cliënten worden geconfronteerd. De kosten daarentegen betreffen de totale beheerskosten. Het is de vraag of een verband tussen deze beide scores mag worden verwacht.

7 Conclusies en aanbevelingen

7.01 In dit hoofdstuk staan de conclusies en aanbevelingen van de onderzoekers centraal. In het eerste deel van het hoofdstuk gaan we in op inhoudelijke kernbevindingen, in het tweede deel vooral op de instrumenten en procedure en in het derde deel op de het benchmarkonderzoek in zijn geheel.

7.02 Het benchmarkonderzoek heeft de zorgkantoren eerste inzichten geboden in hun positie ten opzichte van andere zorgkantoren voor wat betreft het niveau van beheerskosten en het cliëntoordeel. Deze inzichten moeten worden gezien een van de bouwstenen die zorgkantoren op dit moment benutten om stuurinformatie te genereren, naast bijvoorbeeld het uitvoeringsverslag en de AZR.

Inhoudelijke kernbevindingen

7.03 De benchmark heeft een aantal inhoudelijke bevindingen opgeleverd voor individuele zorgkantoren maar ook op brancheniveau.

7.04 Individuele zorgkantoren krijgen met behulp van de afzonderlijk uitgebrachte individuele rapporten inzicht in hun positie ten opzichte van die van de andere deelnemers. De analyses van verklarende factoren bieden mogelijk aanknopingspunten voor verbetermaatregelen.

7.05 Het kostenonderzoek heeft op brancheniveau vooral een aantal noties opgeleverd over de karakteristieken van zorgkantoren met een relatief laag kostenniveau.

7.06 De cliëntenraadpleging heeft op brancheniveau inzicht gegeven in de mate waarin het cliëntoordeel over de verschillende thema's varieert en de mate waarin het belang dat cliënten hechten aan de verschillende onderwerpen varieert.

Kostenonderzoek belicht positie zorgkantoren en mogelijke verklaringen voor kostenverschillen

7.07 In zijn oorspronkelijke opzet, tijdens de instrumentontwikkeling in 2002, omvatte de kostenmeting (toen nog doelmatigheidsmeting geheten) zowel een meting van de beheerskosten als een meting van de doelmatigheid van zorginkoop. Deze opzet moest vervolgens aanzienlijk worden bijgesteld:

- a in de pilot in 2003 was al besloten om de doelmatigheidsmeting te richten op de beheerskosten en niet op de doelmatigheid van zorginkoop en zorgbemiddeling, omdat de toenmalige begeleidingscommissie van mening was dat de invloed van de zorgkantoren op de beschikbaarheid van zorg daar onvoldoende groot voor was; deze keuze is in het landelijk onderzoek gehandhaafd;
- b in het landelijk onderzoek bleek dat het niet goed mogelijk was om het aantal cliënten van zorgkantoren volledig aan te leveren; de zorgkantoren zijn niet verplicht om deze

- aantallen te registreren, en de AZR (die overigens niet is gericht op de GGZ-cliënten die onder de Zorgverzekeringswet zullen vallen) is nog in ontwikkeling. Het gevolg was dat geen goede relatie kon worden gelegd tussen de kosten en de prestaties die daarvoor waren geleverd. Om die reden is de berekening gebaseerd op het aantal intramurale cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen en is – om te komen tot een betrouwbare vaststelling – het kostenniveau vanuit zes verschillende perspectieven berekend;
- c omdat pas na de zomer van 2004 gegevens over 2003 konden worden opgevraagd, was het cijfermateriaal niet altijd voldoende aanwezig; dat geldt in het bijzonder voor de toerekening van kosten en tijdsbesteding naar onderscheiden taken van de zorgkantoren.

7.08 De keuze in het landelijk onderzoek voor een kostenberekening vanuit zes perspectieven bleek echter een voldoende consistent beeld op te leveren om de positie van elk zorgkantoor ten opzichte van de andere zorgkantoren te kunnen vaststellen. Daardoor kan iedere deelnemer bepalen of er aanleiding is om actie te ondernemen. Uit de analyses werd tevens duidelijk dat het kostenniveau samenhang met het beleid en de organisatie van zorgkantoren en dus niet (of beter: slechts ten dele) kon worden verklaard door externe factoren zoals de opbouw van de cliëntgroep of het aantal te contracteren instellingen.

7.09 Daarnaast bleken de kostenniveaus zich voldoende van elkaar te onderscheiden, om de zorgkantoren wat dit betreft te kunnen indelen in klassen (gekozen is voor drie klassen). Vervolgens kon worden onderzocht in welke opzichten de zorgkantoren in de klasse met het laagste kostenniveau zich onderscheiden van de andere zorgkantoren. Er bleek een aantal duidelijk aanwijsbare verklarende factoren, zoals een middelgroot werkgebied, een relatief hoog aandeel eigen (niet-doorbelaste) kosten, relatief lage kosten per fte en een relatief gering aandeel beleidsmedewerkers in de totale personeelsformatie. Wat betreft het aandeel eigen kosten werd tevens duidelijk dat doorbelasting vanuit de concessiehouder waarschijnlijk maar beperkte invloed heeft op het kostenniveau ten opzichte van andere zorgkantoren. Belangrijk was verder de bevinding dat zorgkantoren in klasse A meer inzicht hebben in hun kostenopbouw dan andere zorgkantoren. Een goede registratie biedt blijkbaar een basis voor kostenbeheersing.

7.10 Tot slot kon een aantal verdiepende analyses worden gemaakt voor de AWBZ-administratie en de zorgcontractering.

7.11 De uitkomsten van deze analyses bieden naar de mening van de onderzoekers aanknopingspunten voor het management van de zorgkantoren. Dit laat onverlet dat in potentie meer aanknopingspunten aanwezig zijn, die in verband met de genoemde oorzaken niet konden worden geïdentificeerd.

Tijdige afspraken kunnen belasting zorgkantoren verminderen

7.12 In de kostenmeting is zoveel mogelijk aangesloten bij het financieel jaarverslag 2003 en het uitvoeringsverslag 2003. Dit is gedaan om de belasting van zorgkantoren door het benchmarkonderzoek zoveel mogelijk te reduceren. De aanvullende informatie die moest worden opgevraagd (zie specificering in hoofdstuk 2), heeft van de zorgkantoren echter nog de nodige inspanning gevraagd. De zorgkantoren beoordeelden de opgevraagde informatie echter op zich als nuttig.

7.13 Als de zorgkantoren in de toekomst besluiten om opnieuw een kostenmeting uit te voeren, raden wij aan opnieuw aansluiting te zoeken bij het financieel verslag en uitvoeringsverslag. Hoe meer gegevens daaruit rechtstreeks kunnen worden afgeleid, hoe minder inspanning de zorgkantoren hoeven te leveren.

7.14 Om kosten van zorgkantoren te kunnen koppelen aan prestaties, is een nader inzicht in de aantallen cliënten per zorgkantoor cruciaal. Dit inzicht is voor de zorgkantoren moeilijker verkrijgbaar als er geen eigen bijdrage wordt opgelegd en geen PGB is aangevraagd. De AZR bevat evenmin alle gegevens die voor dit doel benodigd zouden zijn, en heeft bovendien geen betrekking heeft op de extramurale GGZ-cliënten. Wij bevelen aan om (voor benchmarkdoeleinden maar ook los daarvan) de AZR uit te bouwen tot een systeem dat de zorgkantoren een snel en actueel inzicht in hun cliëntenbestand biedt.

7.15 Om voor de zorgkantoren voldoende concrete aanknopingspunten te genereren, zal het nodig blijven om analyses van de onderscheiden taken te maken. In dat verband adviseren wij om tijdig afspraken met de deelnemers te maken over het binnen de benchmark toerekenen van kosten en tijdsbesteding aan onderscheiden taken (inclusief begripsomschrijvingen). Er bestaat ook een CTZ-model voor toerekening; onderzocht dient te worden in hoeverre daarbij kan worden aangesloten. Als zorgkantoren besluiten dat zij inzicht willen in kosten per taak, zullen zij bijvoorbeeld in het jaar waarop een volgend onderzoek betrekking zal hebben, deze kosten moeten registreren en een (beperkte) periode de door medewerkers bestede tijd moeten registreren. Een tijdsregistratie zal overigens niet alleen voor een eventuele volgende kostenmeting nut hebben, maar kan ook als interne stuurinformatie nuttig zijn. Om een vergelijking met andere zorgkantoren mogelijk te maken is het wel van belang om een uniforme systematiek te kiezen, die uitgaat van opbouw vanuit bestaande definities en registraties.

7.16 In een volgende kostenmeting verdient het aanbeveling om niet alleen de besteding van het exploitatiebudget te onderzoeken, zoals nu het geval was, maar ook de besteding van eenmalige inkomsten. Dit completeert het beeld en voorkomt vertekeningen zoals nu mogelijk zijn opgetreden bij de beoordeling van automatiseringskosten.

Meting doelmatige zorginkoop relevant voor zorgkantoren

7.17 Wij bevelen aan om opnieuw te bezien of de kostenmeting moet worden uitgebreid met een onderzoek naar de doelmatigheid van zorginkoop en –bemiddeling. Gelet op de daarmee gemoeide financiële middelen in vergelijking met de bedragen die met de beheerskosten zijn gemoeid, kan een dergelijk doelmatigheidsonderzoek vanuit AWBZ-optiek van substantiële betekenis zijn.

7.18 Het opnieuw starten van de discussie hierover achten wij verdedigbaar en zelfs wenselijk vanuit signalen die de begeleidingscommissie hierover verwoordde, maar ook vanuit de ontwikkelingen in de zorgwereld. De contacteerplicht die ten tijde van de pilot nog bestond is inmiddels afgeschaft en er zijn vele voorbeelden van zorgkantoren die op het punt van zorginkoop een zeer actief beleid voeren gericht op het maken van prestatie- en tariefafspraken met zorgaanbieders. Tegelijkertijd maakt de druk op de AWBZ-middelen in combinatie met de stijgende zorgvraag een verantwoorde inkoop tot een urgente kwestie. De ten tijde van de pilot bestaande systematiek van aanvullende productieafspraken en inzet van volume- en wachtlijstmiddelen is verleden tijd.

Oordeel cliënten toont verbeterpotentieel zorgkantoren

7.19 De cliëntenraadpleging is qua conceptuele opzet ten opzichte van het oorspronkelijke instrument niet substantieel gewijzigd.

7.20 De uitkomsten van de cliëntenraadpleging bieden de zorgkantoren op twee manieren inzicht.

7.21 In de eerste plaats maakt het oordeel van cliënten het mogelijk om de positie van elk zorgkantoor ten opzichte van andere zorgkantoren te bepalen en dus na te gaan of er vanuit die optiek reden is om verbetermaatregelen te nemen. De zorgkantoren kunnen zich daarbij spiegelen aan collega's die een hogere score behaald hebben. De scores van PGB-cliënten maken een dergelijke positiebepaling inderdaad mogelijk. Voor het oordeel van EB-cliënten geldt dat niet: de verschillen tussen de zorgkantoren zijn daarvoor te klein.

7.22 In de tweede plaats kunnen alle uitkomsten door het zorgkantoor worden afgezet tegen zelfgekozen streefwaarden. De gemiddelde scores op de modules variëren van 6,3 tot 6,5; als er een streefwaarde gekozen wordt van bijvoorbeeld een 7 of een 8, wordt het verbeterpotentieel zichtbaar. Door de scores op de onderscheiden thema's (waarin het belang dat de cliënt aan het betreffende thema hecht, is meegenomen) met elkaar te vergelijken kan het zorgkantoor een prioriteitsvolgorde aanbrengen.

7.23 Ook ten aanzien van de cliëntenraadpleging concluderen de onderzoekers dat de uitkomsten de zorgkantoren aanknopingspunten voor verbetering bieden. Maar ook hier kan het aantal aanknopingspunten worden uitgebreid.

Onderzoeksverloop cliëntenraadpleging maakt wijziging in opzet noodzakelijk

7.24 De uitvoering van de cliëntenraadpleging was voor de zorgkantoren niet altijd eenvoudig. Na de pilot is met de opdrachtgever en de begeleidingscommissie gediscussieerd over een keus tussen twee alternatieven voor de landelijke uitrol:

- a een onderzoek over een langere periode, waarin de zorgkantoren alle cliënten na afronding van een contact (bijvoorbeeld bij vaststelling van een PGB) een vragenlijst toezenden;
- b een gecombineerd onderzoek, waarin gewerkt wordt met een steekproef van cliënten die in de afgelopen periode contact met het zorgkantoor hebben gehad.

7.25 Gekozen is voor het tweede alternatief, omdat daarvan de minste belasting voor de zorgkantoren werd verwacht. Tijdens het onderzoek bleek echter dat het voor een aantal zorgkantoren niet eenvoudig was om ten behoeve van de steekproef cliëntbestanden aan te leveren. De registraties van zorgkantoren waren er niet altijd op ingericht en de begripsomschrijvingen werden niet altijd eenduidig geïnterpreteerd, waardoor de bestanden van een aantal zorgkantoren niet altijd direct bruikbaar waren.

7.26 Bovendien bleek dat de respons niet hoog was, zeker niet bij de EB-cliënten. Het oordeel van deze cliënten (de grootste groep cliënten van een zorgkantoor) differentieerde bovendien onvoldoende. Het lijkt erop of veel cliënten onvoldoende zicht hebben op het functioneren van een zorgkantoor om daar een oordeel over te kunnen geven. Aan de ene kant mag dit misschien positief worden uitgelegd (het beste zorgkantoor is een zorgkantoor waarvan de cliënt niets merkt), aan de andere kant blijkt uit de resultaten dat er wel degelijk verbeterpotentieel is en dat daarom vanuit benchmarkoptiek moet worden ingezet op maximalisering van het inzicht voor zorgkantoren.

7.27 De onderzoekers adviseren daarom het volgende:

- a zeker als zorgkantoren zelf eigenaar worden van de benchmark, verdient het aanbeveling om voor de cliëntenraadpleging toch te kiezen voor een systematiek waarin gedurende een langere periode cliënten kort na hun contact met het zorgkantoor een vragenlijst ontvangen; cliënten weten zich het optreden van het zorgkantoor dan beter te herinneren en het zorgkantoor kan de raadpleging net zolang voortzetten tot er een voldoende grote respons is. Bovendien is de kans op veroudering van het cliëntenbestand dan kleiner;
- b de cliëntenraadpleging levert het meeste op als het zorgkantoor zich richt op cliënten die een meer intensief contact met het zorgkantoor hebben. Het is de vraag of het zinvol is om een uitgebreid onderzoek onder EB-cliënten te houden; in plaats daarvan is een onderzoek onder PGB-cliënten en zorgbemiddelingscliënten waarschijnlijk zinvoller; daarmee wordt bovendien bewerkstelligd dat het zorgkantoor inzicht krijgt in het oordeel van cliënten over relatief nieuwe taken, die in vergelijking met de AWBZ-administratie een nieuwe wijze van klantbenadering vragen;
- c in het landelijk onderzoek is om praktische redenen niet met reminders gewerkt; als de zorgkantoren zelf de vragenlijsten verzenden, is het werken met reminders beter mogelijk. De ervaring leert dat een reminder de respons duidelijk verhoogt;
- d de PGB-vragenlijst kan aan de hand van de onderzoeksresultaten worden geschoond voor mogelijk niet-relevante vragen en worden vereenvoudigd; naar verwachting zal dit een gunstig effect hebben op de respons.

7.28 De onderzoekers adviseren om ook bij een toekomstige cliëntenraadpleging die door de zorgkantoren zelf wordt geëntameerd, uit te gaan van een landelijk uniforme vragenlijst. Alleen dan is immers vergelijking tussen zorgkantoren mogelijk. De nu gebruikte vragenlijst is als bijlage bij de individuele rapporten gevoegd. Desgewenst kan elk zorgkantoor enkele vragen toevoegen die specifiek op zijn situatie betrekking hebben.

Relatie tussen kosten en cliëntoordeel nog niet te leggen

7.29 In het onderzoek kon geen relatie worden vastgesteld tussen kosten en cliëntoordeel. In dit verband rijst ook de vraag of een benchmark die alleen bestaat uit een kostenmeting (mogelijk in de toekomst doelmatigheidsmeting) en een cliëntenraadpleging voldoende is voor een onderbouwd oordeel over de positie van individuele zorgkantoren. Of is het noodzakelijk om ook de medewerkerraadpleging, de stakeholdersraadpleging en het bedrijfsvoeringonderzoek als instrumenten in te zetten?

7.30 Een antwoord op deze vraag kunnen de onderzoekers niet geven. Wel bestaat de indruk dat de medewerkerraadpleging enigszins los staat van de overige instrumenten (anders dan in de benchmarks in de zorgsector, waar een verband bestaat tussen medewerkertevredenheid en de kwaliteit van de zorg). De stakeholdersraadpleging lijkt echter voor de zorgkantoren een bijdrage aan het inzicht in de kwaliteit van de dienstverlening te kunnen leveren, juist nu veel cliënten daar onvoldoende zicht op hebben. De raadpleging via een schriftelijke enquête in de pilot bleek relatief eenvoudig uit te voeren en weinig kostbaar. Gelet op de resultaten in de pilot zal wel nog nader gesproken moeten worden over de interpretatie van de resultaten (het corrigeren voor eventuele vertekeningen). Het bedrijfsvoeringonderzoek kan verklaringen bieden voor verschillen in doelmatigheid en kwaliteit, maar het is op dit moment moeilijk te overzien in hoeverre de doelmatigheidsmeting en cliëntenraadpleging (in volle omvang uitgevoerd) daar ook reeds in voorzien. Mogelijk kan in een volgende benchmark een beperkt bedrijfsvoeringonderzoek worden uitgevoerd op basis van die indicatoren die in de pilot de meeste verklaringskracht leken te bezitten. In de pilot bleek dat een dergelijk onderzoek, uitgevoerd in de vorm van een korte vragenlijst voor het management van zorgkantoren, weinig inspanning vergt en weinig kostbaar is.

7.31 De begeleidingscommissie heeft aangegeven de informatie die voortkomt uit een stakeholdersraadpleging dan wel een medewerkerraadpleging of bedrijfsvoeringonderzoek te beschouwen als informatie die nuttig kan zijn voor verdere verbetering van de organisatie of dienstverlening.

Toekomstige benchmark in ander licht bezien

7.32 Hierboven is uiteengezet dat na het doorvoeren van een aantal aanpassingen een toekomstig benchmarkonderzoek de zorgkantoren belangrijke aanknopingspunten voor verbetering kan bieden. Een herijking van de instrumenten en logistiek op basis van dan bestaande wensen en mogelijkheden verdient aanbeveling: deze eerste landelijke benchmark had het karakter van een nulmeting. In de tussentijd kunnen de zorgkantoren indien gewenst de benchmarkdatabase gebruiken voor tussentijdse zelfevaluatie.

7.33 Wel bevelen de onderzoekers aan om te bezien of het mogelijk is om de referentiegroep uit te breiden met organisaties die (op onderdelen) een spiegel kunnen vormen voor de zorgkantoren.

7.34 Los daarvan benadrukken wij nogmaals dat de benchmark nooit een doel op zich mag worden. Als zorgkantoren alleen een kosten- of doelmatigheidsmeting en cliëntenraadpleging uitvoeren omdat er een benchmark gehouden wordt, is de meerwaarde te gering. Wij denken eerder aan een systeem waarmee vanuit kosten- en kwaliteitsgegevens die door zorgkantoren of verzekeraars toch al worden geregistreerd, meerdere doelen kunnen worden gediend. Met gebruikmaking van moderne ICT kunnen deze gegevens worden geaggregeerd tot zowel interne stuurinformatie als tot spiegelinformatie ten behoeve van een benchmark en – waarschijnlijk op een hoger aggregatieniveau – tot verantwoordingsinformatie. Een dergelijk systeem reduceert de extra inspanning voor zorgkantoren en maximaliseert de uitkomsten.

Bijlage

A Verbeterpotentieel cliëntenraadpleging

Gegeven de meetinstrumenten die zijn gebruikt, kunnen zorgkantoren op sommige punten meer kwaliteitswinst boeken dan op andere punten. Dit heeft vooral te maken met het percentage cliënten met een negatief oordeel. Daar waar het percentage cliënten met een negatief oordeel relatief hoog is, kan worden gesproken van een groot (kwaliteits)probleem. Naarmate de percentages negatieve oordelen lager worden kan worden gesproken van respectievelijk een matig probleem, een klein probleem of geen probleem.

We hanteren de volgende indeling:

- gemiddeld percentage cliënten met een negatief oordeel ('nee/nooit' + 'soms/eigenlijk niet') tussen de 90% en de 49%: groot probleem
- gemiddeld percentage cliënten met een negatief oordeel ('nee/nooit' + 'soms/eigenlijk niet') tussen de 50% en de 31%: matig probleem
- gemiddeld percentage cliënten met een negatief oordeel ('nee/nooit' + 'soms/eigenlijk niet') tussen de 30% en de 21%: klein probleem
- gemiddeld percentage cliënten met een negatief oordeel ('nee/nooit' + 'soms/eigenlijk niet') tussen de 20% en de 0%: geen probleem

De volgende kwaliteitsaspecten duiden op een **groot probleem**, en bieden het meeste verbeterpotentieel:

- Medewerkers van het zorgkantoor moeten zelf met ideeën of voorstellen rond het PGB komen (PGB-module)
- Eerste contact met het zorgkantoor dient binnen twee weken na ontvangst indicatiebesluit plaats te vinden (algemeen)
- Medewerkers van het zorgkantoor moeten samen met de cliënt nagegaan wat de voor- en nadelen van een PGB zijn (PGB-module)
- Medewerkers van het zorgkantoor moeten informatie geven over waar de cliënt buiten het zorgkantoor met vragen over het PGB terecht kan (PGB-module)
- De procedure dient binnen vier weken te worden afgehandeld (algemeen)
- Medewerkers van het zorgkantoor moeten de cliënt informatie geven over klachtenafhandeling binnen het zorgkantoor (algemeen)
- Medewerkers van het zorgkantoor moeten de PGB-cliënt informatie geven over hoe en waar klachten over het PGB kunnen worden ingediend (PGB-module)
- Aanbod van zorg, binnen vier weken na eerste contact (algemeen, enkel voor EB-cliënten)
- Medewerkers van het zorgkantoor moeten cliënten vertellen bij wie zij terecht kunnen met vragen of klachten over de EB-regeling (EB-module)
- De procedure waarbij de eigen bijdrage wordt vastgesteld dient op een snelle manier te worden afgehandeld (EB-module)

De volgende kwaliteitsaspecten duiden op een **matig probleem** en bieden voldoende ruimte voor kwaliteitsverbetering

- Medewerkers moeten de cliënt voldoende informatie geven over wat het zorgkantoor doet (algemeen)
- Medewerkers moeten de cliënt voldoende informatie geven over de klachtenprocedure (algemeen)
- Het zorgkantoor moet uit zichzelf contact met de cliënt opnemen (algemeen)
- Het zorgkantoor moet voldoende informatie geven over de beschikbare zorgvoorzieningen (algemeen)
- Wijzigingen in de situatie van de cliënt moeten snel worden verwerkt (algemeen)
- Cliënt moet in voldoende mate kunnen meebeslissen met de activiteiten van het zorgkantoor (algemeen)
- Het zorgkantoor moet voldoende rekening houden met de persoonlijke situatie van de cliënt (algemeen)
- De brieven, formulieren en brochures van het zorgkantoor moeten begrijpelijk zijn (algemeen)
- De cliënt moet snel een deskundige medewerker aan de lijn krijgen bij wie men met vragen terecht kan (algemeen)
- Medewerkers van het zorgkantoor moeten voldoende informatie geven over de uitvoering van de EB-regeling en de betaling van de 'eigen bijdrage' (EB-module)
- Het zorgkantoor dient de cliënt tijdig te informeren over veranderingen in de eigenbijdrageregeling (EB-module)
- De brieven en formulieren van het zorgkantoor over de eigen bijdrage moeten voor de cliënt goed te begrijpen zijn (EB-module)
- Het zorgkantoor moet voldoende (mondelinge en/of schriftelijke) uitleg over de berekening van de eigen bijdrage (EB-module)
- De procedure waarbij de eigen bijdrage is vastgesteld, dient op een correcte manier te worden afgehandeld (EB-module)
- Het zorgkantoor moet voldoende informatie geven over de 'eigen bijdrage' bij het PGB (PGB-module)
- Medewerkers van het zorgkantoor moeten voldoende ondersteuning geven bij de aanvraag van het PGB (PGB-module)
- De PGB-aanvraag moet snel worden afgehandeld (PGB-module)

De volgende kwaliteitsaspecten duiden op een **klein probleem** en bieden enige ruimte voor kwaliteitsverbetering

- Cliënten moeten goede uitleg krijgen over te volgen procedures en afspraken (algemeen)
- Medewerkers van het zorgkantoor moeten voldoende persoonlijke aandacht hebben voor de cliënt (algemeen)
- Medewerkers van het zorgkantoor moeten altijd voldoende tijd voor de cliënt (algemeen)
- Afspraken met cliënten moeten door medewerkers van het zorgkantoor stipt worden nagekomen (algemeen)
- Medewerkers van het zorgkantoor moeten voldoende deskundig zijn (algemeen)
- Medewerkers van het zorgkantoor dienen goed antwoord te geven op telefonische vragen van cliënten (algemeen)
- Het zorgkantoor moet telefonisch bereikbaar zijn (algemeen)
- Het zorgkantoor moet cliënten goed informeren over wat een PGB precies inhoudt (PGB-module)
- Het zorgkantoor moet cliënten voldoende informeren over de verantwoording van het PGB (PGB-module)
- De PGB-beschikking moet duidelijk het bedrag van de eigen bijdrage vermelden die de cliënt bij het PGB moet betalen (PGB-module)
- De verantwoordingsprocedure bij de PGB-regeling dient voor de cliënt duidelijk te zijn (PGB-module).