



Nederlandse
Zorgautoriteit

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
t.a.v. minister H.M. de Jonge
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Postbus 3017
3502 GA Utrecht
T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door
directie Regulering

Telefoonnummer
030 29 68938

E-mailadres
info@nza.nl

Kenmerk
289480/433169

Onderwerp
Tussenevaluatie experiment persoonsvolgende zorg

Datum
17 mei 2018

Geachte heer De Jonge,

Met deze brief brengen wij de tussenevaluatie van het experiment persoonsvolgende zorg in de Wlz uit. Met uw aanwijzing van 2 september 2016 (kenmerk: 990524-153134-MC) heeft u de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) gevraagd om regelgeving op te stellen voor het experiment, en het experiment (tussentijds) te evalueren. U heeft daarbij aangegeven dat bij de evaluatie de resultaten van een door een extern bureau uit te voeren onderzoek betrokken moeten worden, en dat samengewerkt moet worden met de zorgaanbieders, consumenten en Wlz-uitvoerders van de experimentregio's Rotterdam en Zuid Limburg.

Doel tussenevaluatie

Deze tussentijdse evaluatie is bedoeld om tijdig een besluit te kunnen nemen over het vervolg van het experiment in 2019. Het te nemen besluit voor 2019 moet in de inkoopdocumenten van zorgkantoren en in de regelgeving van de NZa voor het jaar 2019 verwerkt worden. Wij vragen u daarom om uiterlijk 1 juli aanstaande uw besluit kenbaar te maken.

Onderdelen van de tussenevaluatie

In de stuurgroep van het experiment persoonsvolgende zorg met alle betrokken partijen¹, voorgezeten door VWS, is afgesproken dat de tussenevaluatie bestaat uit:

- a) Een kwantitatieve analyse door de NZa
- b) Een kwalitatieve analyse door bureau HHM
- c) Een procesevaluatie door de projectleiders in beide regio's

¹ In de stuurgroep zijn vertegenwoordigd: VWS, ZN, Zilveren Kruis, CZ, ActiZ, VGN, BTN, Per Saldo, Patiëntenfederatie, Ieder(in), LOC, BVKZ, NZa, de projectleiders van beide regio's en HHM.

Bureau HHM en de projectleiders in beide regio's hebben in opdracht van het ministerie van VWS hun werkzaamheden in het kader van het experiment en de evaluatie verricht. De projectleiders uit de experimentregio's hebben hun bijdrage aan de evaluatie ingebracht namens alle zorgaanbieders die deelnemen aan het experiment, de onafhankelijke cliëntondersteuners en de bij het experiment betrokken zorgkantoren. In de bijlage bij deze brief geven wij een samenvatting en een duiding van de resultaten van de verschillende onderdelen van de tussenevaluatie. Deze drie onderdelen zijn daarnaast integraal als bijlagen bij deze brief bijgevoegd.

Proces

Op 24 april jl. hebben de leden van de stuurgroep gesproken over de resultaten die de tussenevaluatie laat zien. In deze stuurgroep is gesproken over de grote inspanningen die het afgelopen jaar door betrokken partijen ten behoeve van het experiment zijn verricht. Ook is de vraag gesteld of aparte experimentregelgeving (nog) nodig is om persoonsvolgende zorg te kunnen realiseren. Aanvullend is daarover op 3 mei een technisch overleg geweest.

Clientorganisaties en brancheorganisaties van zorgaanbieders geven aan de koers van het experiment door te willen zetten om te kunnen (blijven) leren. Zorgkantoren vinden dat inzet op cliëntondersteuning en vernieuwend aanbod zeer gewenst is. Alle betrokken partijen, uitgezonderd de BVKZ en BTN, zijn het met de NZa eens dat aparte experimentregelgeving na 2018 niet meer nodig is om persoonsvolgende zorg mogelijk te maken.

Experiment persoonsvolgende zorg

In 2017 is gestart met het experiment persoonsvolgende zorg in de Wlz in de regio's Rotterdam voor de sector gehandicaptenzorg en Zuid-Limburg voor de sector verpleging en verzorging. Het experiment heeft een looptijd van twee jaar: van 1 januari 2017 – 31 december 2018.

Doelstelling experiment

Doel van het experiment is om ervaring op te doen met persoonsvolgende zorg. Centraal staat hierbij dat cliënten in beginsel de vrijheid hebben om hun zorg af te nemen bij de aanbieder van hun voorkeur. Het experiment is er dus op gericht om vraag en aanbod dicht bij elkaar te brengen. Het experiment is daarbij gericht op drie pijlers:

1. Het versterken van de positie van de cliënt in het keuzeproces;
2. Het vergroten van de keuzemogelijkheden en keuzevrijheid door een gedifferentieerd aanbod in de regio;
3. Persoonsvolgende zorg binnen een intramurale instelling.

Vormgeving experiment

Bij aanvang van het experiment persoonsvolgende zorg is een aantal condities gecreëerd die de invoering van het experiment ondersteunen. Voor de overweging om het experiment al dan niet te verlengen is het relevant om deze condities in beeld te hebben:

- a) In beide regio's is een projectorganisatie ingericht met als doel het verhelderen van de klantvraag, het verbeteren van de cliëntondersteuning en het afstemmen van de zorg op de behoeften en wensen van de cliënt. Per regio is een projectleider aangesteld. Deze projectleiders hebben zich, in samenwerking met alle betrokkenen, hard ingezet om deze doelen te realiseren.
- b) De kaders (NZa-regelgeving) zijn zodanig aangepast dat zorgkantoren en zorgaanbieders de ruimte krijgen om de zorginkoop persoonsvolgend vorm te geven. Hiervoor heeft de NZa in september 2016 een aanwijzing van VWS ontvangen.

De projectorganisaties in beide regio's hebben een aanjaagfunctie binnen het experiment. De projectleiders hebben intensief contact met zorgaanbieders en het zorgkantoor om ervoor te zorgen dat de cliënten de vrijheid hebben om hun zorg af te nemen bij de aanbieder van hun voorkeur en zorg ontvangen voldoet aan hun wensen. Het tweede punt (b), het aanpassen van de kaders, was op het moment dat tot het experiment besloten werd randvoorwaardelijk, en staat los van het onder (a) genoemde onderdeel. Gegeven de toen geldende landelijke regelgeving, was destijds aangepaste regelgeving voor het experiment nodig om het mogelijk te maken dat de zorg ook daadwerkelijk persoonsvolgend vergoed kon worden.

Advies

Ten behoeve van het experiment zijn verschillende condities gecreëerd die het mogelijk maken om persoonsvolgende zorg te kunnen leveren. Deze staan hierboven beschreven. In ons advies onderscheiden we deze twee punten. We adviseren het volgende:

- De inzet op het verhelderen van de klantvraag, het verbeteren van de cliëntondersteuning en het leveren van passende, persoonsvolgende zorg voortzetten en verder uitbreiden;
- Aparte experimentregelgeving van de NZa is niet nodig voor persoonsvolgende zorg (inkoop).

De inzet op het verhelderen van de klantvraag, het verbeteren van de cliëntondersteuning en het leveren van passende, persoonsvolgende zorg voortzetten en verder uitbreiden

Partijen hebben aangegeven de wens te hebben om de beweging die in de experimentregio's gang is gezet, door te zetten. Gedurende het eerste jaar van het experiment zijn veel inspanningen verricht om partijen samen te brengen. Eerste ervaringen zijn op gedaan met het verhelderen van de klantvraag, het verbeteren van de cliëntondersteuning en het leveren van passende, persoonsvolgende zorg (ook binnen de instelling). Partijen verwachten dat het komende jaar de resultaten daarvan zichtbaar worden.

De NZa ondersteunt dit. Het is belangrijk dat wordt ingezet op cliëntondersteuning, ten behoeve van de keuzevrijheid van de cliënt. Betrokken partijen brengen het aanbod in kaart, zodat meer passende zorg geleverd kan worden die aansluit bij de wensen van de cliënt. Gelijktijdig vinden we dat de leereffecten van het experiment niet beperkt moeten blijven tot de experimentregio's. Niet alleen in de regio's

Zuid-Limburg en Rotterdam moet ingezet worden op het verhelderen van de klantvraag, het verbeteren van de cliëntondersteuning en passende, persoonsvolgende zorg. Het is in het belang van alle cliënten dat in alle regio's hierop ingezet wordt. Zorgkantoren hebben het afgelopen jaar hierop goede ontwikkelingen laten zien². Zorgkantoren hebben immers een belangrijke rol bij de toeleiding tot zorg: informatieverstrekking aan de cliënt, cliëntondersteuning, bemiddeling, en regie op wachtlijsten. Dit is echter in het experiment niet anders dan daarbuiten. Wij vinden dat deze rol van de zorgkantoren (nog verder) versterkt moet worden, en zetten middels ons toezicht daar ook sterk op in.

Aparte experimentregelgeving is niet nodig voor persoonsvolgende zorg (inkoop)

Het tweede punt betreft de aparte NZa-regelgeving die ondersteunend is het aan het experiment persoonsvolgende zorg. De huidige experimentregelgeving stelde een aantal bestaande regels buiten werking. Hiermee werd voor de experimentregio's mogelijk gemaakt dat:

- 1) alle geleverde zorg wordt vergoed; er zijn dus geen productieplafonds per zorgaanbieder (*randvoorwaarde 1*). Daarbij gelden vaste tarieven voor alle betrokken aanbieders met generieke inkoopvoorwaarden.
- 2) er géén macrobeheersing (contracteerruimte toets) van toepassing is (*randvoorwaarde 2*).

Deze aparte experimentregelgeving is volgens de NZa niet meer nodig, omdat gedurende de looptijd van het experiment de landelijke, reguliere (bekostigings)systematiek zodanig is gewijzigd dat deze persoonsvolgende zorg ook mogelijk maakt. Wij adviseren daarom geen nieuwe aanwijzing op te stellen om het experiment met aparte regelgeving te verlengen. Hieronder lichten wij dit toe.

Gedurende het experiment is de landelijke regelgeving aangepast zodat persoonsvolgende zorg ook mogelijk is in andere regio's.

Per 1 januari 2018 zijn we overgegaan op maximumtarieven in de Wlz. Een belangrijke overweging hierbij was dat dit een vermindering van de administratieve lasten oplevert: zorgkantoor en zorgaanbieder hoeven geen aanbieder specifieke tarieven meer vast te laten stellen door de NZa op basis van een aanvraag, maar hebben de vrijheid om onder het landelijk uniforme maximumtarief een prijsafsprak te maken. Aanbieders kunnen het declaratierecht verkrijgen wanneer zij op basis van een omzetafsprak met het zorgkantoor een beschikking van de NZa hebben ontvangen. Deze omzetafsprak heeft de NZa nodig om de contracteerruimtetoeets uit te kunnen voeren. Anders dan voorheen, hoeft er nog geen concrete volumeafsprak ten grondslag te liggen aan de omzetafsprak. Wanneer het declaratierecht wordt verkregen, kan de zorg persoonsvolgend worden vergoed. De systematiek van maximumtarieven maakt het ook mogelijk om achteraf, als het gerealiseerde volume bekend is, de prijzen daar met terugwerkende kracht op bij te stellen, binnen een vooraf gemaakte omzetafsprak. Kortom: de nieuwe systematiek is minder dwingend dan voorheen in het maken van volumeafspraken.

² Zie ook nieuwsbericht NZa op www.nza.nl: Wachtlijden langdurige zorg: zorgkantoren verbeteren, maar actie blijft nodig (23 maart 2018)

Naast de invoering van maximumtarieven, dragen ook andere systeemwijzigingen bij aan persoonsvolgende zorg: Zo is in 2018 ook de overgang naar volledig integrale tarieven (inclusief nhc en nic) gemaakt. Ook die wijziging neemt belemmeringen voor persoonsvolgende bekostiging weg: niet de aanbieder wordt bekostigd, maar de zorg.

Verder is in 2018 een stap gezet met de invoering van het nieuwe verdeelmodel voor het budgettair kader over de zorgkantoren. Dit model verdeelt de middelen op basis van de zorgvraag (indicaties) in de regio's. Ook dit model past goed bij persoonsvolgende inkoop.

De aparte experimentregelgeving is daarnaast ook niet wenselijk
Naast onze constatering dat de aparte experimentregelgeving niet nodig is om de beleidsdoelen van persoonsvolgende zorg te bereiken, vinden wij ook dat het experimentmodel zelf enkele onwenselijke aspecten heeft.

Allereerst past het experimentmodel met vaste tarieven en generieke inkoopvoorwaarden niet bij een sterk sturende rol van de zorgkantoren bij de inkoop. Met uw beleidslijn voor de implementatie van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg, zoals beschreven in uw brief aan de Tweede Kamer over het Programmaplan Kwaliteit Verpleeghuizen³, wordt ingezet op een sterk sturende rol van zorgkantoren bij de inkoop, op kwaliteit en doelmatigheid. In het experimentmodel is de inkooprol van zorgkantoren echter uitgeschakeld. Ook vraagt sturing op kwaliteit om maatwerk en meer flexibiliteit in de bekostiging, en dat is niet mogelijk binnen het experimentmodel.

Daarnaast geldt in de experimentomstandigheden dat de macrobeheersing van de uitgaven voor een belangrijk deel is losgelaten. Slechts de tariefregulering vanuit de NZa (vaste tarieven) draagt – naast de poortwachtersfunctie van het CIZ - nog bij aan uitgavenbeheersing. Zorgkantoren hebben in het experimentmodel geen rol in het beheersen van de uitgaven.

Wij hebben het loslaten van het macro uitgavenplafond beschouwd als een 'afgeleide' randvoorwaarde (randvoorwaarde 2), om mogelijk te maken dat alle productie kon worden vergoed (randvoorwaarde 1). We benadrukken dat het experiment niet bedoeld is als pilot om te bezien of de macrobeheersingssystematiek (contracteerruimte) losgelaten kan worden. Nu wij constateren dat persoonsvolgende bekostiging ook goed mogelijk is geworden binnen de aangepaste landelijke geldende regelgeving (en dat randvoorwaarde 1 dus ook niet meer nodig is), is er volgens ons geen aanleiding om het experimentmodel, inclusief het vervallen van het macro uitgavenplafond, te continueren.

Dit geldt des te meer omdat wij ook grote risico's zien op een forse toename van de uitgaven als gevolg van de experimentregelgeving. In Zuid-Limburg zien we een significante stijging van de uitgaven (zie bijlage 4). Mogelijk dragen externe factoren (zoals personeelstekorten) er op dit moment nog aan bij dat deze stijging beperkt blijft. Als de personeelsbezetting op niveau is, zien wij een direct risico op een sterke uitgavenstijging binnen het experimentmodel.

³ Kamerstukken 31 765, nr. 318

Als laatste brengt het experiment een ongelijkheid tussen regio's met zich mee, die niet meer verdedigbaar is nu het beleidsdoel van persoonsvolgende zorg ook binnen de reguliere regelgeving mogelijk is. Ook dit vinden wij een reden om de aparte experimentregelgeving niet voort te zetten na 2018.

Standpunt betrokken partijen ten aanzien van aparte experiment-regelgeving

Alle betrokken partijen, uitgezonderd de BVKZ en BTN, zijn het er over eens dat aparte experimentregelgeving na 2018 niet meer nodig is om persoonsvolgende zorg mogelijk te maken. BVKZ geeft als belangrijkste argument dat experimentregelgeving tegendruk kan bieden aan het effect dat partijen, zoals ze gewend waren, volumeafspraken blijven maken, mede als gevolg van het macro uitgavenplafond. BTN vindt de terugkeer naar het macro uitgavenplafond niet gewenst, omdat dit tot tariefkortingen kan leiden en dit het financiële risico neerlegt bij de zorgaanbieders die de regionale markt op willen.

Alle partijen geven aan de koers van het experiment na 2018 wel wensen voort te zetten, binnen de experimentregio's en daarbuiten. Het is belangrijk om daarbij te leren van de ervaringen uit de experimentregio's.

Beëindiging experiment zonder gevolgen voor de cliënt

Bij aanvang van het experiment heeft u aangegeven dat zorgkantoren erop toezien dat, mocht het experiment worden beëindigd, cliënten die tijdens de looptijd van het experiment in zorg zijn, bij hun voorkeursaanbieder kunnen blijven indien zij dat wensen. Zorgkantoren houden hier bij hun inkoopvoorwaarden rekening mee, zodat deze aanbieders voor een nieuw contract in aanmerking komen.

Tot slot

In de procesevaluatie geeft de projectleider in de regio Rotterdam aan dat, wanneer uitbreiding van het experiment aan de orde is, de belangstelling van de zorgaanbieders uitgaat naar regio overstijgende persoonsvolgende financiering. De projectleider in de regio Zuid-Limburg meldt dat de zorgaanbieders en het zorgkantoor ook in 2019 de koers van het experiment willen voortzetten, om meer tijd te hebben de resultaten te laten zien en gezamenlijk de opgave in de regio te blijven aanpakken. Bij een voortzetting in 2019 is de behoefte verbinding te leggen met de andere domeinen in de regio. Hiermee is inmiddels een begin gemaakt.

De NZa is positief over persoonsvolgende zorg. Hiermee worden de wensen van de cliënt centraal gesteld. Wij vinden het belangrijk dat cliënten in de Wlz keuzevrijheid hebben, en de zorg kunnen kiezen die het beste bij hun wensen, behoeften en manier van leven past. De NZa juicht het daarom ook toe dat ook buiten de experimentregio's steeds meer persoonsvolgende zorg wordt toegepast. Dit toont ook aan persoonsvolgende zorg binnen de bestaande systematiek al goed mogelijk is.

Zoals wij hierboven hebben aangegeven, zien wij binnen de reguliere systematiek, dus zonder experiment, voldoende mogelijkheden om persoonsvolgende inkoop en persoonsvolgende zorg in de Wlz te realiseren, en om de ambities van beide regio's te kunnen verwezenlijken.

Graag zien wij uw besluit op ons advies spoedig tegemoet, zodat wij dit voor 1 juli 2018 kunnen verwerken in de beleidsregels voor het jaar 2019.

Met vriendelijke groet,
namens de Nederlandse Zorgautoriteit,

Mw dr. M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur

Bijlagen

Bijlage 1: Resultaten tussenevaluatie – samenvatting en duiding NZa

Bijlage 2: Procesevaluaties, bestaande uit 4 documenten:

- 2a) Procesevaluatie regio Rotterdam
- 2b) Bijlage bij Procesevaluatie Rotterdam: resultaten enquête onder zorgaanbieders
- 2c) Procesevaluatie regio Zuid Limburg
- 2d) Bijlage bij Procesevaluatie Zuid Limburg: resultaten enquête onder zorgaanbieders

Bijlage 3: Kwalitatieve analyses HHM, bestaande uit 2 documenten:

- 3a) Kwalitatieve monitor experiment persoonsvolgende zorg – Regio Rotterdam
- 3b) Kwalitatieve monitor experiment persoonsvolgende zorg – Regio Zuid-Limburg

Bijlage 4: Kwantitatieve analyses NZa, bestaande uit 2 documenten:

- 4a) Experiment persoonsvolgende zorg - kwantitatieve analyses t.b.v. tussentijdse evaluatie, Rotterdam en Zuid-Limburg
- 4b) Bronnen en methoden

BIJLAGE 1 - Resultaten tussenevaluatie

Zoals gemeld bestaat de tussenevaluatie uit drie onderdelen. Wij gaan hieronder in op de resultaten: de procesevaluaties (projectleiders), de kwalitatieve analyse (bureau HHM) en kwantitatieve analyse (NZa). De bevindingen van HHM en de projectleiders uit de experimentregio's sturen wij, net als ons kwantitatieve bevindingen, integraal mee met deze brief.

1. Procesevaluaties door projectleiders

Er zijn verscheidene inspanningen verricht om persoonsvolgende zorg te implementeren in de experimenteerregio's. Deze inspanningen hebben geleid tot meer en organisatie overstijgende samenwerking. Er is ingezet op het ontstaan van netwerken in de regio's van betrokkenen die zich bezig houden met persoonsvolgende zorg. Aanvullend zijn acties ondernomen zoals het verbeteren bestaande website, bouwen van nieuwe websites, publiceren van informatiefolders en notities om keuze-informatie te verbeteren. De cliëntondersteuning is daarmee deels van de grond gekomen. De projectleiders constateren dat onafhankelijke cliëntondersteuning een blijvend aandachtspunt is. Een groot deel van de cliënten komt laat in contact met zorgaanbieders en heeft door de urgentie en beperkte vrije plekken beperkt ruimte om te kiezen.

In bijlage 2 zijn de procesevaluaties van de projectleiders in beide experimentregio's opgenomen.

2. Kwalitatieve analyse door bureau HHM

In de kwalitatieve analyse staat de vraag centraal of de behoeften en voorkeuren van cliënten goed worden gehoord en gerealiseerd. Cliënten in zorg en cliënten die op een wachtlijst staan zijn onder andere gevraagd naar hun wensen en behoeften en hoe die gerealiseerd zijn, welke bronnen van informatie gebruikt zijn bij het maken van een keuze van zorgvorm en hoe deze cliënten deze bronnen waarderen. Bureau HHM concludeert dat de rol van onafhankelijke cliëntondersteuning nog niet goed uit de verf komt; het betreft hier met name de vindbaarheid van de cliëntondersteuning. Ook in de aansluiting van de zorg op de wensen en behoeften van de cliënt lijkt geen verbetering in plaats te hebben gevonden. Dit kan mede komen doordat veranderingen om dit te realiseren meer tijd nodig hebben.

In bijlage 3 zijn de resultaten van de kwalitatieve analyse van HHM opgenomen.

3. Kwantitatieve analyse door de NZa

In de kwantitatieve analyse staat het monitoren van de volgende ontwikkelingen gedurende het experiment centraal:

- Ontwikkeling indicaties
- Ontwikkeling productie
- Ontwikkeling wachtlijsten
- Ontwikkeling zorgaanbod
- Effect op de uitgaven / het budgettaire kader

We hebben hierbij gekeken naar de trendontwikkeling voorafgaand aan het experiment (de 'pre-trend'), en tijdens het experiment, zowel voor de experimentregio's als voor controleregio's. West-Brabant diende als controleregio voor het experiment in Zuid-Limburg, en Amsterdam als

Kenmerk
289480/433169

Pagina
9 van 11

controleregio voor het experiment in Rotterdam. Dit zijn regio's die op verschillende punten goed vergelijkbaar zijn met de experimentregio's. Voor de tussenevaluatie hebben we gebruik kunnen maken van gegevens over de periode 1 januari 2015 t/m 31 december 2017.

In de onderstaande tabel geven we een samenvatting van de gemeten effecten van het experiment; we maken daarbij een vergelijking met de verwachte effecten:

Onderwerp	Verwachting	Waarneming
Indicatieontwikkeling	Geen verandering in indicaties	In beide experimentregio's stijgt het aantal indicaties in experiment- en controleregio's. Dit is een gevolg van de toenemende zorgvraag en niet het gevolg van het experiment.
Ontwikkeling wachtlijsten	Daling wachtduur; daling aantal wachtenden	Het aantal wachtenden neemt toe in beide regio's. Pre-trends zijn echter niet vergelijkbaar.
Ontwikkeling productie	Toename declaraties	In beide experimentregio's is er een toename van de totale uitgaven. Voor Zuid-Limburg is deze toename significant ten opzichte van de controleregio.
	Toename aantal cliënten	In beide experimenten is er een toename van het aantal cliënten ten opzichte van 2016 (niet ten opzichte van 2015). Het verschil in toename is niet significant.
	Verschuiving van pgb naar zorg in natura	Pgb blijft toenemen, er zijn geen verschillen met de controleregio (voortzetting trend vanaf voor het experiment).
	Meer vpt/mpt	In Zuid-Limburg is er een toename in vpt (voornamelijk bij 1 aanbieder) maar niet significant verschillend van de controleregio. In Rotterdam is er een afname in vpt. Dit is in tegenstelling tot wat we verwachtten.
	Toename gemiddelde uitgaven	In beide experimenten is er een toename van de gemiddelde uitgaven. Voor Zuid-Limburg is deze toename significant ten opzichte van controleregio.
	Afname crisisopnamen	Het aantal crisisopnamen stijgt zowel in Zuid-Limburg als in controleregio maar niet als gevolg van het experiment (geen significante verschillen)
	Toename toeslagen	De totaalbedragen aan toeslagen nemen toe maar dit is in beide experimenten niet significant
Ontwikkeling zorgaanbod	Uitbreiding aanbod; nieuwe toetreders; lagere marktconcentratie (toenemende	In beide regio's: er is een zeer beperkt aantal nieuwe toetreders (extramuraal aanbod, nog niet allemaal actief); er is geen effect op de marktconcentratie. Marktaandeelen blijven gelijk. In Rotterdam is er een lichte daling, niet significant.

	concurrentie)	
Effect op de uitgaven / budgettair kader	Toename budgettair beslag als gevolg van volume-effect (vervallen van productieplafonds) en het wegvallen van sturing op doelmatigheid door zorgkantoren	In beide regio's: er is geen volume-effect (er zijn geen verschillen in toename van cliënten in zorg tussen experiment en controleregio's), maar wel een toename van de gemiddelde uitgaven per cliënt voor de regio Zuid-Limburg Er hebben budgetoverhevelingen plaatsgevonden naar de experimentregio's. De macro uitgaven stijgen in beide experimentregio's harder dan in de controleregio's

Hoewel niet alle gemeten effecten significant zijn (zie bijlage 4), zien we dat een groot deel van de verwachtingen van het experiment (nog) niet is uitgekomen.

In bijlage 4 zijn de resultaten van het kwantitatieve onderzoek van de NZa opgenomen.

Duiding resultaten

Uit de *kwantitatieve analyses* van de NZa komt naar voren dat er tot nu toe vrijwel geen (significante) meetbare effecten van het experiment zichtbaar zijn. Dat kan er op duiden dat het experiment niet (in de verwachte mate) bijdraagt aan de vooraf gestelde doelen.

We zien daarnaast dat de wachtlijsten niet afnemen, dat het aantal cliënten dat in zorg is wel toeneemt in 2017 ten opzichte van 2016 maar dat dit niet verschilt van de controleregio's, en dat de verwachte verschuiving van pgb naar zorg in natura niet optreedt. Dit hangt ook samen met de zeer geringe wijzigingen/uitbreidingen in het zorgaanbod.

Er is wel een toename van het aantal vpt's ten opzichte van zzp's in de regio Zuid-Limburg maar dit is niet significant ten opzichte van de controleregio. De toename van het aantal vpt's wordt voornamelijk gerealiseerd bij één zorgaanbieder. Volgens de procesevaluatie van de projectleider in Zuid-Limburg was de uitbreiding van vpt niet in de gerealiseerde mate mogelijk geweest met een productieplafond in de regio (zie bijlage 2). In de regio Rotterdam zien we juist een significante afname van het vpt.

Als we kijken naar de macro budgettaire effecten, dan zien we dat de uitgaven in de experimentregio's harder stijgen dan in de controleregio's. Tussen 2016 en 2017 groeiden de uitgaven in Rotterdam harder dan in de controleregio Amsterdam (8% respectievelijk 5%). In Zuid-Limburg groeiden de uitgaven in die periode met 7,5%; in de controleregio West-Brabant was dit 4%.

Dit terwijl we zien dat de ontwikkeling in de zorgvraag in beide experimentregio's in deze periode niet verschilt ten opzichte van die in de controleregio's.

De relatief sterke groei van de uitgaven in de experimentregio's in combinatie met het grotendeels achterwege blijven van de beoogde effecten van het experiment (wachtlijstreductie en de toename en

differentiatie van het aanbod om meer en sneller tegemoet te kunnen komen aan de wensen van de cliënt), vindt de NZa een zorgelijke ontwikkeling. In hoeverre een stijging van de macro uitgaven acceptabel wordt gevonden in relatie tot de bereikte effecten is echter een politieke afweging.

De *kwalitatieve analyses* van HHM zijn gebaseerd op kleine aantallen respondenten bij vragenlijsten en interviews. De NZa vindt de resultaten daarom moeilijk te duiden. Ook is het lastig een koppeling te leggen tussen de experimentomstandigheden en de bevindingen van HHM.

In de stuurgroep persoonsvolgende zorg is gesproken over het feit dat er op dit moment nog weinig meetbare effecten van het experiment waar te nemen zijn. Dit kan volgens partijen verschillende oorzaken hebben:

- Mogelijk is het nog te vroeg om resultaten te zien;
- Mogelijk spelen externe factoren, zoals personeelstekorten en huisvestingsproblematiek, of een aanzuigende werking van nieuwe pgb aanbieders⁴, een belangrijke rol bij het uitblijven van resultaat. Dit is echter in het kader van deze tussentijdse evaluatie niet onderzocht;
- De focus van het experiment lijkt ook te worden verlegd, naar persoonsvolgende zorg *binnen* de instellingen;
- Het verhelderen van de cliëntvraag is een vak apart; het vergt tijd en inspanning om professionals hierin te bekwamen.

Dit neemt niet weg dat er in de experimentregio's wel degelijk initiatieven gestart zijn en aangejaagd zijn door de projectleiders: er is ingezet op vraagverheldering, ondersteuning bij het keuzeproces, en er zijn samenwerkingsinitiatieven tussen zorgaanbieders tot stand gebracht. Wel merken we hierbij op dat er geen oorzakelijk verband te leggen is met de condities binnen het experiment (de buiten werking gestelde regelgeving voor de macro uitgavenbeheersing). Met andere woorden: ook buiten het experiment kunnen deze initiatieven zonder belemmeringen opgestart worden.

⁴ Pgb valt buiten de scope van het experiment