



Nederlandse  
Zorgautoriteit

# Experiment persoonsvolgende zorg

Kwantitatieve analyses tbv tussentijdse evaluatie  
Rotterdam en Zuid-Limburg

2018  
april



# Inhoud

1

Inleiding

2

Effecten op de zorgvraag

3

Productie

4

Zorgaanbod in de regio

5

Betaalbaarheid van zorg

6

Conclusies





# Inleiding

1

2

3

4

5

6

Het experiment persoonsvolgende inkoop is onderdeel van het landelijke programma 'Waardig leven met zorg'. Het experiment persoonsvolgende zorg startte in 2017 in de regio's Rotterdam en Zuid-Limburg.

## Achtergrond

Het tweejarige experiment richt zich op de groep mensen die verpleging en verzorging of gehandicaptenzorg ontvangen op basis van de Wet Langdurige Zorg (Wlz) en vindt plaats in samenwerking door zorginstellingen, zorgkantoren en cliëntorganisaties. De regio Rotterdam experimenteert met persoonsvolgende zorg en inkoop binnen de sector gehandicaptenzorg. De regio Zuid-Limburg experimenteert binnen de sector verpleging en verzorging.

Het experiment beoogt de mogelijkheden van cliënten om zorg te kiezen die het beste bij hun wensen, behoeften en manier van leven past, te vergroten. De doelstellingen van het experiment zijn:

- versterking van de positie van de cliënt in dat keuzeprocess

- vergroten van de keuzemogelijkheden en keuzevrijheid voor de cliënt door een gedifferentieerd zorgaanbod in de regio
- alsmede zorgverlening, die qua aard, omvang en locatie zoveel mogelijk aansluit en blijft aansluiten bij de concrete vraag van de cliënt
- het beter in beeld krijgen van de keuzemogelijkheden en -processen vooraf, tijdens en na de zorgverlening in de Wlz.

Als onderdeel van het experiment is het bestaande inkoopmodel vervangen door een persoonsvolgend inkoopmodel. Het plafond in de contracteerruimte verdwijnt, zorg wordt aangeboden voor een vast tarief en de zorg wordt bekostigd op basis van de geleverde zorg. De cliënt is vrij om te kiezen voor een voor hem of haar gewenste zorgaanbieder; het staat nieuwe aanbieders vrij om toe te treden tot de 'markt', mits zij voldoen aan een aantal eisen en voorwaarden met betrekking tot de kwaliteit van de zorg en de zorgorganisatie.



# Inleiding

1

2

3

4

5

6

In het experiment gaan zorgaanbieders, zorgkantoor en cliëntorganisaties de cliënt meer actief en in een vroeger stadium van de 'klantreis' helpen om de zorgvraag helder te krijgen en daarbij passend aanbod te vinden. Daarnaast houden instellingen zich bezig met de vraag hoe de zorg continu kan aansluiten bij de zorgvraag van de cliënt; het is aan zorgaanbieders hoe zij hier vorm en inhoud aan geven.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de NZa met een aanwijzing om op grond van artikel 7 van de Wmg de opdracht gegeven om regelgeving voor het experiment op te stellen. Naar aanleiding van de aanwijzing van de staatssecretaris heeft de NZa de [beleidsregel 'Experiment persoonsvolgende inkoop'](#) en de [regeling 'Monitoring Experiment persoonsvolgende inkoop'](#) vastgesteld. De beleidsregel en regeling zijn in werking getreden op 1 januari 2017. In deze regels is het beleid dat betrekking heeft op het experiment beschreven.

## Tussentijdse evaluatie

In de hiervoor genoemde aanwijzing heeft de staatssecretaris de NZa de opdracht gegeven het experiment (tussentijds) te evalueren. In dit document rapporteren we de resultaten van onze kwantitatieve analyses voor de tussentijdse evaluatie.

Naast de kwantitatieve monitoring vindt ook een kwalitatieve monitoring plaats door het bureau HHM (in opdracht van VWS) gericht op de cliëntervaring. Hierin wordt gevolgd of de zorg beter aansluit op de wensen van de cliënt. Ook voeren de projectleiders uit beide experiment regio's in opdracht van VWS een procesevaluatie uit.

Deze rapportage beschrijft de resultaten van de kwantitatieve monitoring van het experiment. Om de effecten van persoonsvolgende inkoop te kunnen monitoren en evalueren proberen we antwoord te geven op de volgende onderzoeksvraag:

*Wat is het effect van persoonsvolgende inkoop voor (de toegankelijkheid en betaalbaarheid van) de zorgvraag en het zorgaanbod van de regio's Zuid-Limburg en Rotterdam?*







## Inleiding

1

2

3

4

5

6

Deze onderzoeksvraag bestaat uit de onderstaande deelvragen:

1. Zijn er veranderingen in de indicaties van cliënten?
2. Zijn er veranderingen in de wachttijden?
3. Zijn er veranderingen in de keuze van cliënt voor zorg (leveringsvorm)?
4. Zijn er veranderingen in het aantal cliënten dat in zorg is?
5. Zijn er veranderingen in (de omvang van) het zorgaanbod?
6. Zijn er verschuivingen in productie bij bestaande zorgaanbieders?
7. Zijn er veranderingen in de spreiding van het zorgaanbod (marktaandelen)?
8. Welk effect hebben de veranderingen op het budgettair kader?

Deze rapportage presenteert de uitkomsten van de beide regio's apart. Bij de analyses maken we een vergelijking tussen een experimentregio en een vergelijkbare controle-regio. De controle-regio voor het V&V-experiment in Zuid-Limburg betreft West-Brabant, de controle-regio voor het GHZ-experiment van Rotterdam is Amsterdam.

Reden voor de keuze voor deze controle regio's is de vergelijkbaarheid met de experimentele regio's qua stedelijkheid en inkoopbeleid van de concessiehouder. De concessiehouder van het GHZ-experiment is het Zilveren Kruis en van het V&V-experiment is CZ.

In de analyses hebben we gebruik gemaakt van verschillende databronnen. Informatie over de data en de methode van onderzoek zijn terug te vinden in de bijlage Bronnen en Methoden.

### Leeswijzer

Hoofdstuk 2 gaat in op de effecten van het experiment op de zorgvraag van de cliënten.

Hoofdstuk 3 beschrijft de resultaten van de analyses ten aanzien van de productie.

Hoofdstuk 4 kijkt naar het zorgaanbod in de regio.

Hoofdstuk 5 geeft de gevolgen van het experiment weer voor het budgettair kader.

Ten slotte volgen in hoofdstuk 6 de conclusies.

## Effecten op de zorgvraag

1

2

3

4

5

6

In dit hoofdstuk onderzoeken we de effecten van het experiment ten aanzien van de zorgvraag. Hierbij geven we antwoord op de volgende vragen:

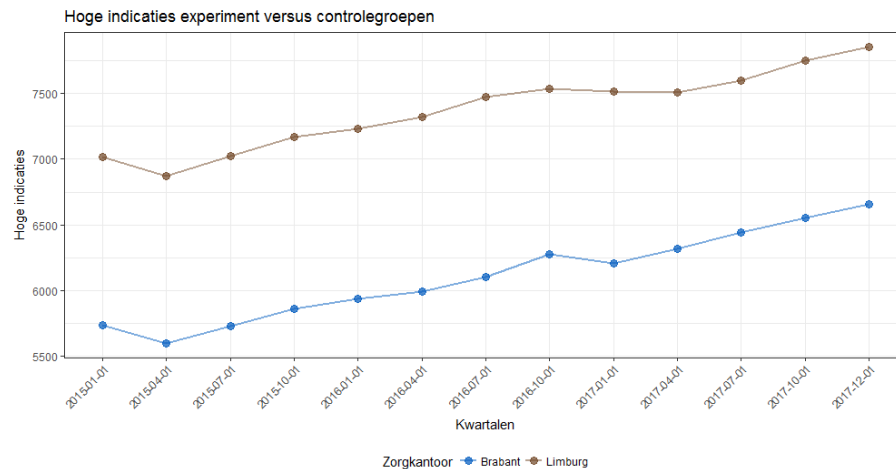
1. Zijn er veranderingen in de indicaties van cliënten?
2. Zijn er veranderingen in de wachtlijsten?
3. Zijn er veranderingen in de keuze van cliënt voor zorg?

### Indicatieontwikkeling

De 'objectieve' zorgvraag (indicatie) wordt vastgesteld door het CIZ. Daarom verwachten we dat de invoering van het experiment niet van invloed is op deze zorgvraag. Deze paragraaf geeft de resultaten van de ontwikkeling van de hoge indicaties weer voor de experimentele regio en de controleregio.

### Experiment Zuid-Limburg: ontwikkeling hoge indicaties

Onderstaande figuur laat de ontwikkeling van de hoge zorgprofielen (vv4-10) zien in Zuid-Limburg ten opzichte van West-Brabant. Uit deze figuur is op te maken dat het aantal hoge indicaties in Zuid-Limburg toeneemt in de periode 2015 tot en met 2017. Deze toename zien we ook in West-Brabant. De statistische analyse laat geen significant verschil zien in Zuid-Limburg ten opzichte van de trend.



Bron: CIZ, bewerking NZa.

## Effecten op de zorgvraag

1

2

3

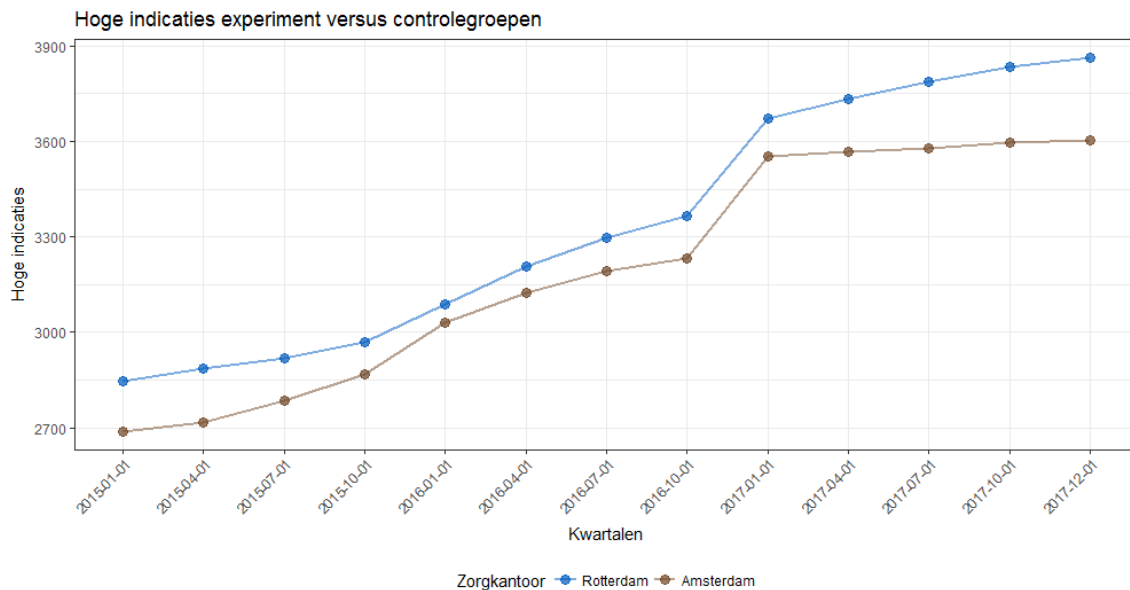
4

5

6

### Experiment Rotterdam: ontwikkeling hoge indicaties

De volgende figuur geeft de ontwikkeling van de hoge zorgprofielen (vg3-8, lvg1-5, sglvg1, lg2, lg4-6) weer in regio Rotterdam ten opzichte van regio Amsterdam. Uit deze figuur is op te maken dat het aantal hoge indicaties in Rotterdam toeneemt in de periode 2015 tot en met 2017. De toename in 2017 is sterker dan in de controle regio Amsterdam maar niet sterker dan de indicatieontwikkeling in de periode voorafgaand aan het experiment.



Bron: CIZ, bewerking NZa.

t

in

## Effecten op de zorgvraag

1

2

3

4

5

6

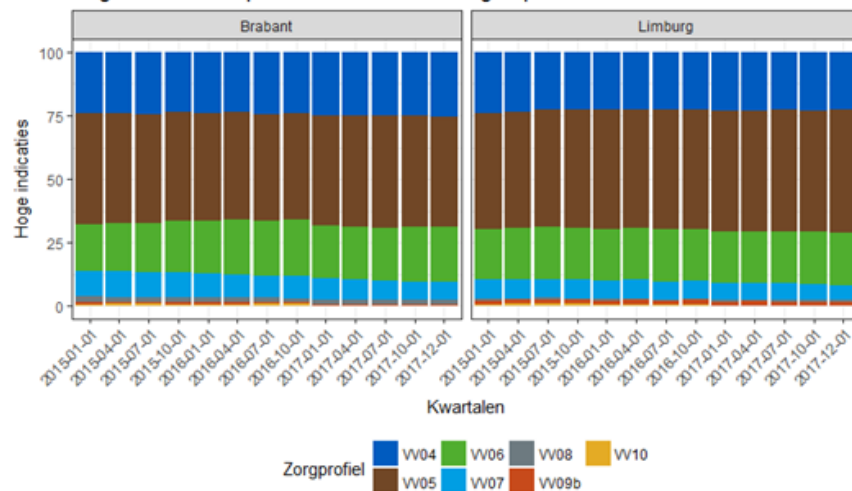
### Indicatiemix

Het is mogelijk dat tijdens het experiment de indicatiemix verandert. Bijvoorbeeld omdat zorgaanbieders binnen het experiment cliënten laten herindiceren die binnen een zzp aan de bovenkant van benodigde zorg bevinden om optimaal gebruik te kunnen maken van een hogere financiering.

### Experiment Zuid-Limburg: indicatiemix

Onderstaande figuur geeft de verandering van de indicatiemix weer voor het experiment in Zuid-Limburg. De indicatiemix in Zuid-Limburg en in West-Brabant zijn voor en na de invoering van het experiment vergelijkbaar. Het aandeel bewoners in een verpleeghuis met een indicatie voor dementiezorg (vv5) is licht gestegen. Dit hangt overigens samen met de afbouw van de lage zorgprofielen. Voor vv1 en vv2 zijn sinds 2012 en voor vv3 sinds 2013 geen indicaties meer afgegeven.

Hoge indicaties experiment versus controlegroepen



Bron: CIZ, bewerking NZa.



## Effecten op de zorgvraag

1

2

3

4

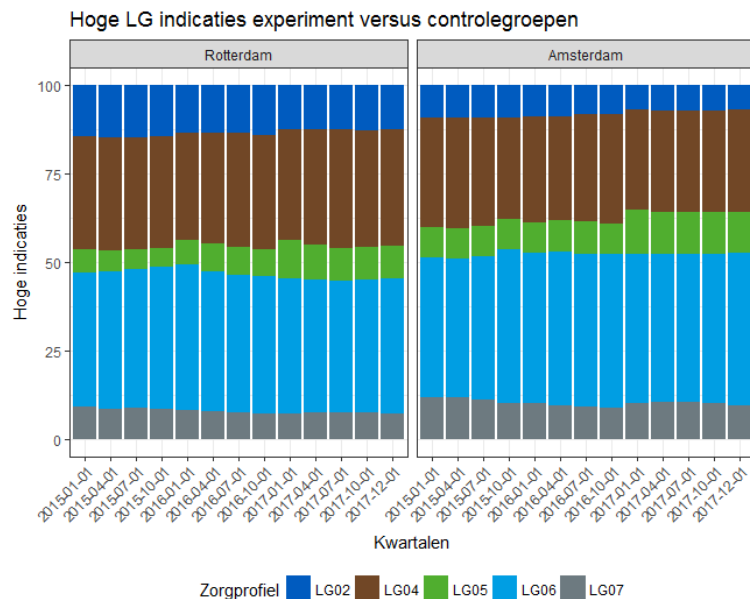
5

6

### Experiment Rotterdam: indicatiemix

Voor de indicatiemix van de gehandicaptensector onderscheiden we lg-profielen (lichamelijk gehandicapt), vg-profielen (verstandelijk gehandicapt) en zg-profielen (zintuigelijk gehandicapt). De lvg-profielen (licht verstandelijk gehandicapt) nemen we in deze analyse niet mee omdat dit geen hoge indicaties zijn.

Onderstaande figuur laat de indicatiemix van de lg-profielen zien. Het totaal aantal zorgprofielen voor de lg varieert van 430 op 1 januari 2015 tot 515 zorgprofielen op 1 december 2017. De indicatiemix van de lg-profielen is vergelijkbaar voor beide regio's. In beide regio's zien we het aandeel lg 2 licht dalen en het aandeel lg 5 licht stijgen.



Bron: CIZ, bewerking NZa.

## Effecten op de zorgvraag

1

2

Ook de ontwikkeling in indicatiemix van vg-profielen is hetzelfde in de experimentregio en controleregio. We zien een afname in vg 3 en een toename in het aandeel vg 4, vg 5 en vg 8.

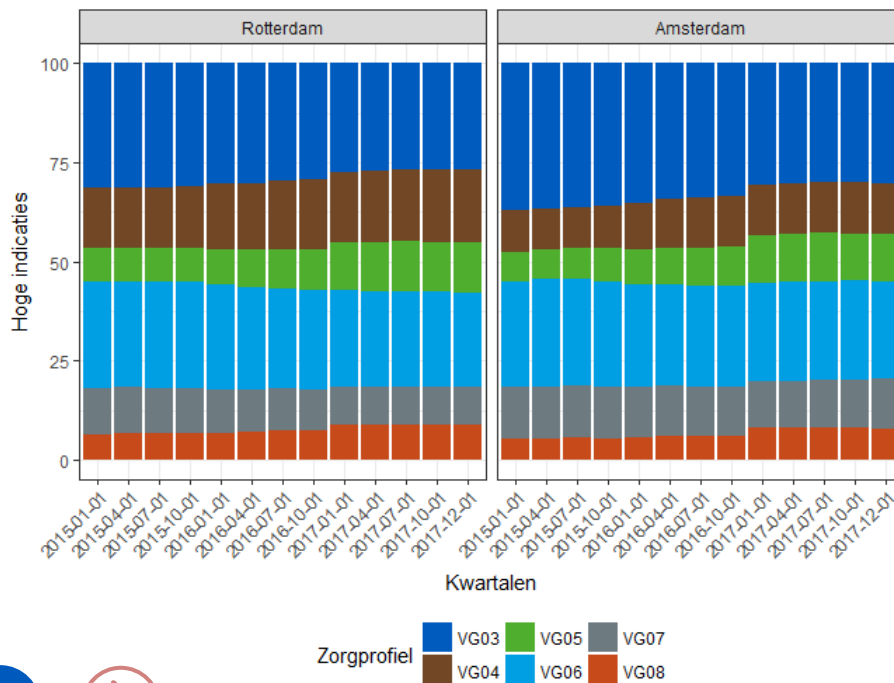
3

4

5

6

### Hoge VG indicaties experiment versus controlegroepen



Bron: CIZ, bewerking NZa.

## Effecten op de zorgvraag

1

2

De indicatiemix in zg-profielen is verschillend. Dit heeft vooral te maken met het kleine aantal indicaties dat wordt afgegeven (minder dan tien per zorgprofiel). Een uitspraak over de ontwikkeling van de zg-profielen is dan ook niet mogelijk.

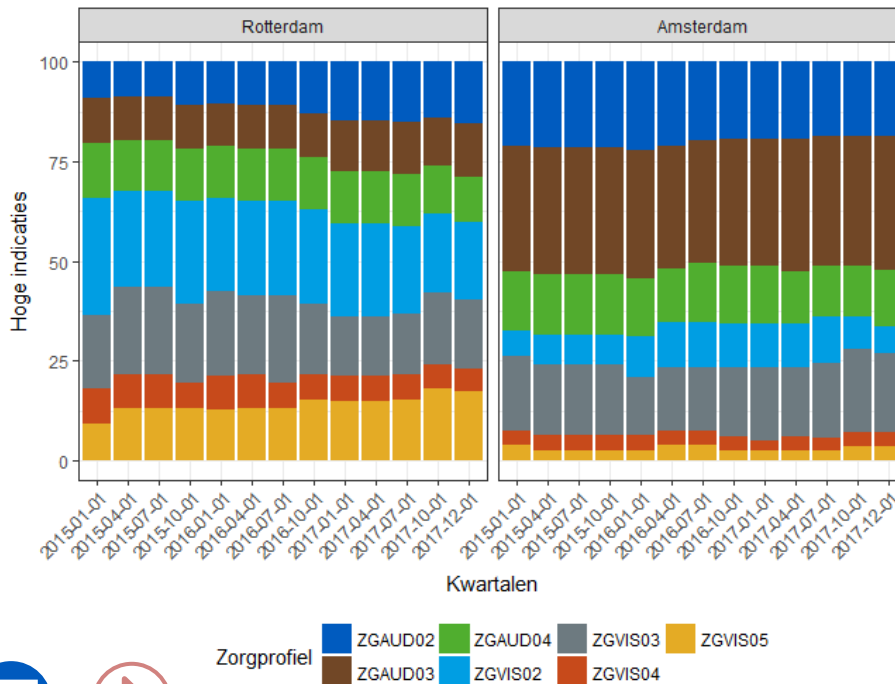
3

4

5

6

Hoge ZG indicaties experiment versus controlegroepen



Bron: CIZ, bewerking NZa.

## Effecten op de zorgvraag

1

2

3

4

5

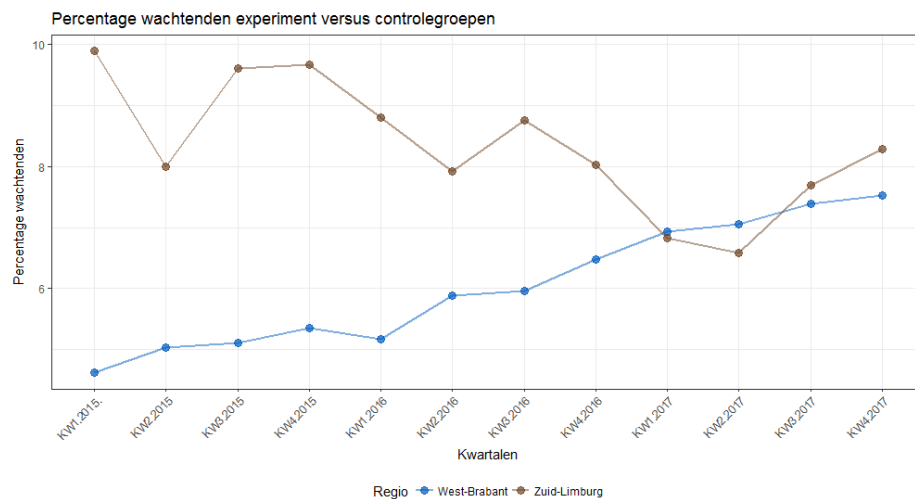
6

### Wachlijstontwikkeling

De toegankelijkheid van zorg is afhankelijk van het huidige zorgaanbod. Door de invoering van het experiment hebben zorgaanbieders geen volumeplafond (als gevolg van het macro uitgavenplafond) meer. We verwachten daarom dat zorgaanbieders hun aanbod gaan verruimen en dat nieuwe aanbieders op de markt komen. Hierdoor verwachten we een afname van het aantal wachtenden.

### Experiment Zuid-Limburg: wachtenden

In deze paragraaf kijken we naar de ontwikkeling van het aantal wachtenden. Het totaal aantal wachtenden is de som van het aantal actief wachtenden en niet-actief wachtenden. De figuur laat het percentage wachtenden in Zuid-Limburg en West-Brabant zien. Omdat de ontwikkeling van het percentage wachtenden in beide regio's verschillend verlopen is het lastig om deze regio's met elkaar te vergelijken. Wat wel opvalt is dat in Zuid-Limburg het percentage wachtenden voor de invoering van het experiment daalde van 10% naar 6.5% en vanaf het tweede kwartaal het percentage wachtenden weer toeneemt naar ruim 8%.





## Effecten op de zorgvraag

1

2

In de volgende figuur geven we het percentage actieve wachtenden weer als percentage van de totale wachtenden (Actief + niet actief). Het percentage actief wachtenden heeft eenzelfde verloop in beide regio's en blijft gedurende 2016 en 2017 min of meer stabiel. In beide regio's zijn in 2017 minder dan 5 procent actief wachtenden per kwartaal.

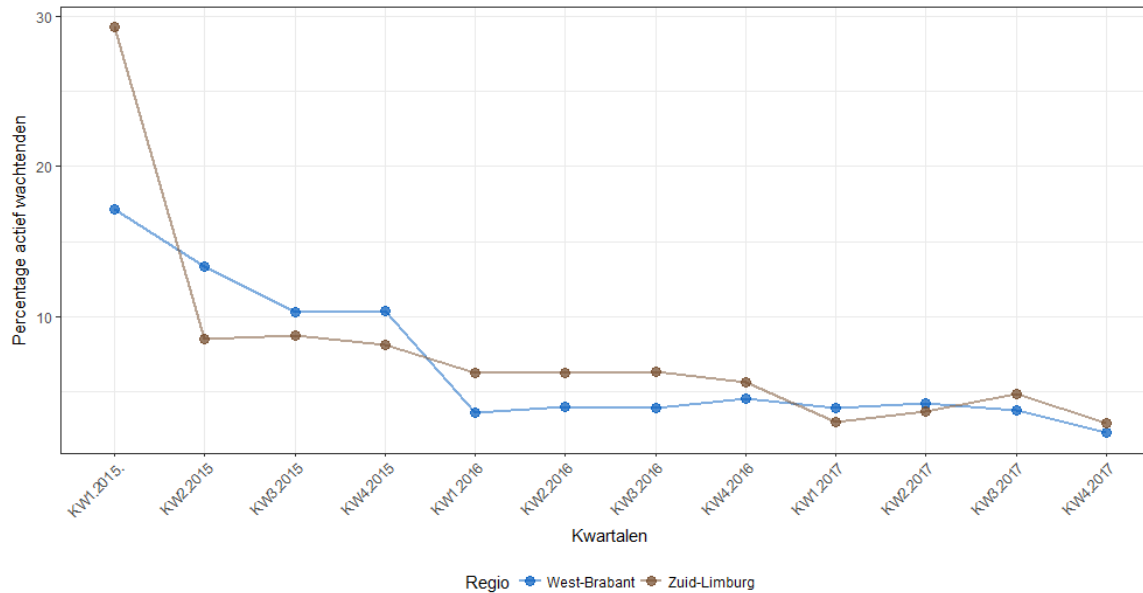
3

4

5

6

Percentage actief wachtenden experiment versus controlegroepen



## Effecten op de zorgvraag

1

2

3

4

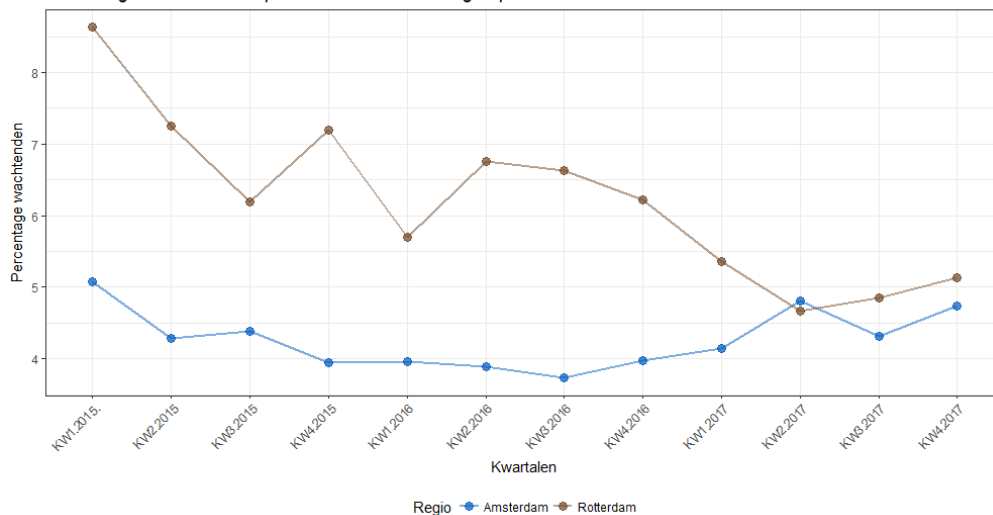
5

6

### Experiment Rotterdam: wachtenden

Als we naar het percentage wachtenden in de periode voorafgaand aan het experiment kijken dan zien we een wisselend beeld. Dit komt onder andere ook door seizoensinvloeden. De gegevens worden hier namelijk per kwartaal weergegeven. In het algemeen kunnen we zeggen dat in deze jaren het aantal wachtenden in deze periode in beide regio's is gedaald. Kijken we naar 2017 dan moeten we constateren dat het percentage wachtenden in Rotterdam de laatste twee kwartalen weer stijgt. Het percentage wachtenden in Amsterdam stijgt sinds het derde kwartaal van 2016, daarna zien we een daling in het tweede kwartaal om vervolgens weer te stijgen.

Percentage wachtenden experiment versus controlegroepen



## Effecten op de zorgvraag

1

2

3

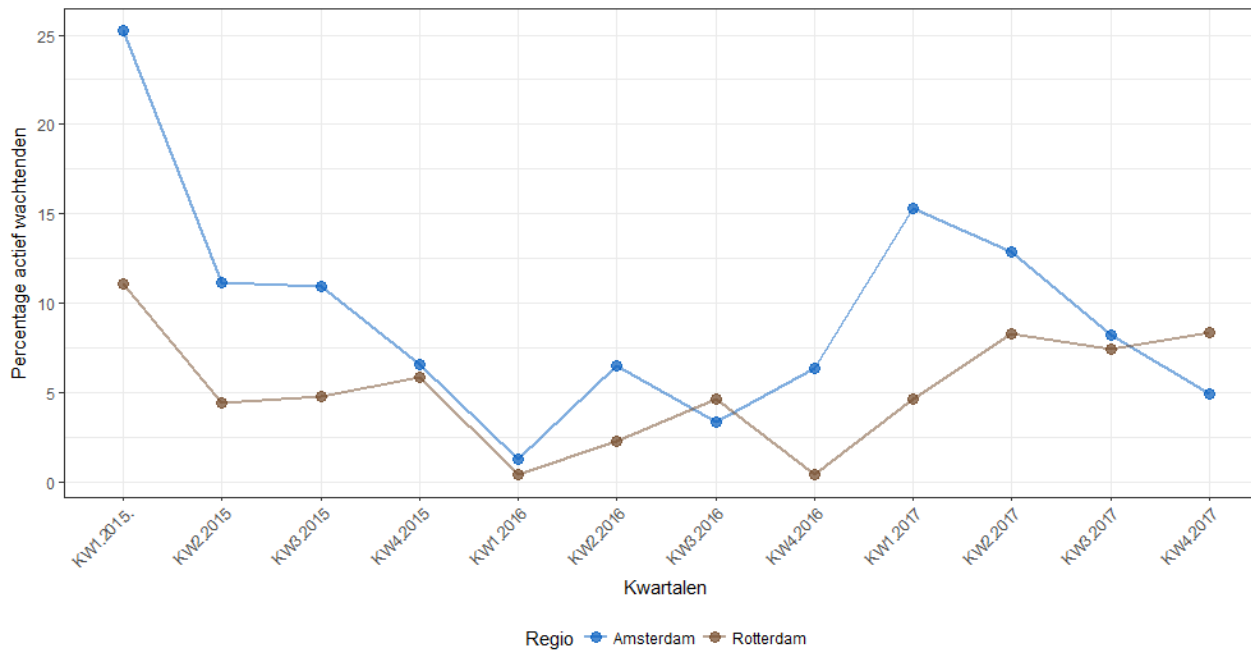
4

5

6

In de volgende figuur zien we het percentage actieve wachtenden (als percentage van de totale wachtenden). In Amsterdam zien we het percentage actieve wachtenden dalen en in de Rotterdam zien we het percentage actieve wachtenden juist stijgen.

Actief wachtenden experiment versus controlegroepen



## Effecten op de zorgvraag

1

### Ontwikkelingen in keuzes van cliënt: pgb

Wanneer een cliënt gekozen heeft voor een pgb, dan kan de cliënt de noodzakelijk zorg zelf inkopen. Cliënten kiezen voor een pgb, omdat zij meer zeggenschap hebben ten opzichte van zorg in natura (zin). In het experiment is de verwachting dat de keuzemogelijkheden vergroot worden omdat meer zorgaanbieders zorg gaan leveren. Hierdoor wordt zorg in natura voor cliënten die anders voor een pgb zouden hebben gekozen mogelijk interessanter.

We verwachten dat door het experiment het aantal cliënten met een pgb-leveringsvorm daalt. Om het aantal pgb-clieënten te weer te geven hebben we het unieke aantal cliënten geteld met een pgb-beschikking per jaar, op peildata 31-12-2015, 31-12-2016 en op 16-12-2017.

2

3

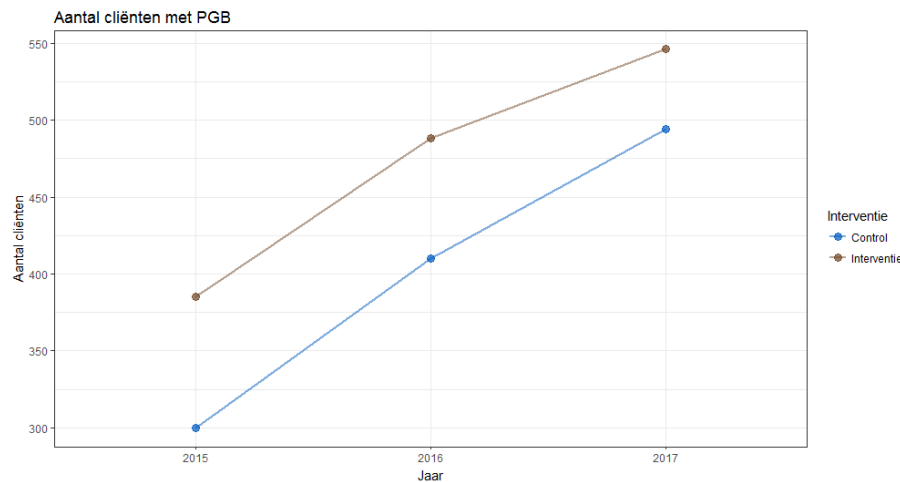
4

5

6

### Experiment Zuid-Limburg: leveringsvorm pgb

De figuur laat het aantal pgb-clieënten voor 2015 tot en met 2017 zien in Zuid-Limburg en West-Brabant. Het aantal pgb-clieënten neemt in beide regio's toe. Het aantal pgb-clieënten lijkt in 2017 in Zuid-Limburg iets minder hard toe te nemen ten opzichte van West-Brabant. De resultaten zijn echter niet significant.



CZ, bewerking NZa.

t

in



## Effecten op de zorgvraag

1

2

3

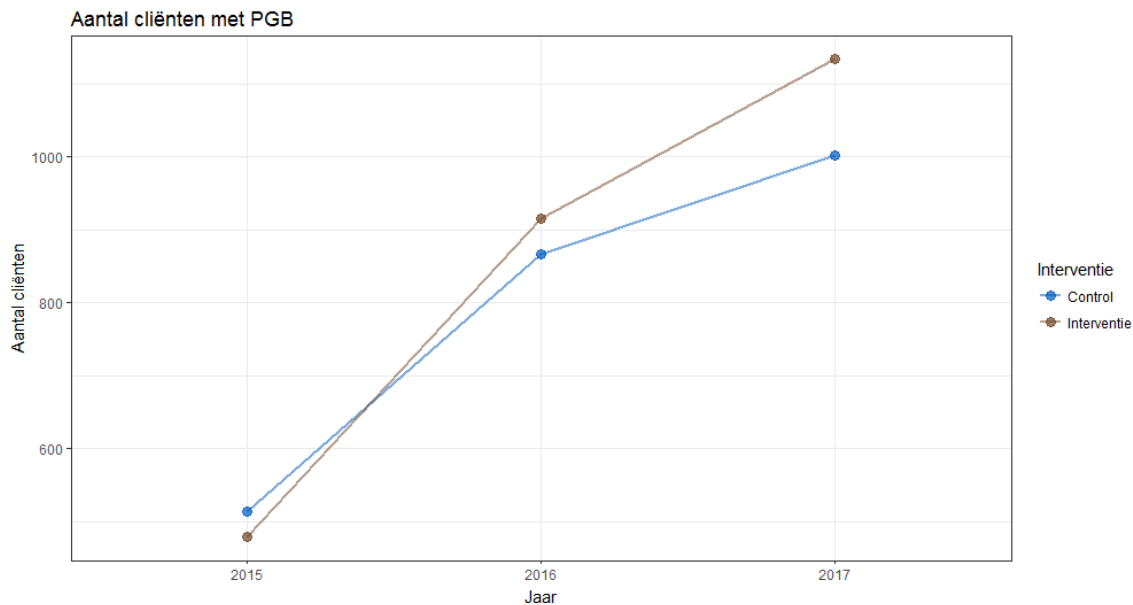
4

5

6

### Experiment Rotterdam: leveringsvorm pgb

Zowel in Rotterdam als in de controleregio Amsterdam steeg het aantal cliënten met een leveringsvorm pgb voorafgaand aan het experiment. Na de invoering van het experiment stijgt het aantal cliënten in beide regio's onverminderd door. Er zijn geen statistische verschillen waarneembaar. Van een daling is in beide regio's geen sprake.



Zilveren Kruis, bewerking NZa.

## Effecten op de zorgvraag

1

### Ontwikkelingen in keuzes van cliënt: zin

We verwachten dat door de invoering van persoonsvolgende inkoop het aantal cliënten met een vpt of mpt toeneemt, omdat aanbieders makkelijker kunnen groeien ten opzichte van intramurale zorg in verband met beschikbare capaciteit. In de onderstaande twee figuren hebben we een verblijfsduurcorrectie toegepast om beter weer te geven hoeveel cliënten op een moment in zorg zijn.

2

3

4

5

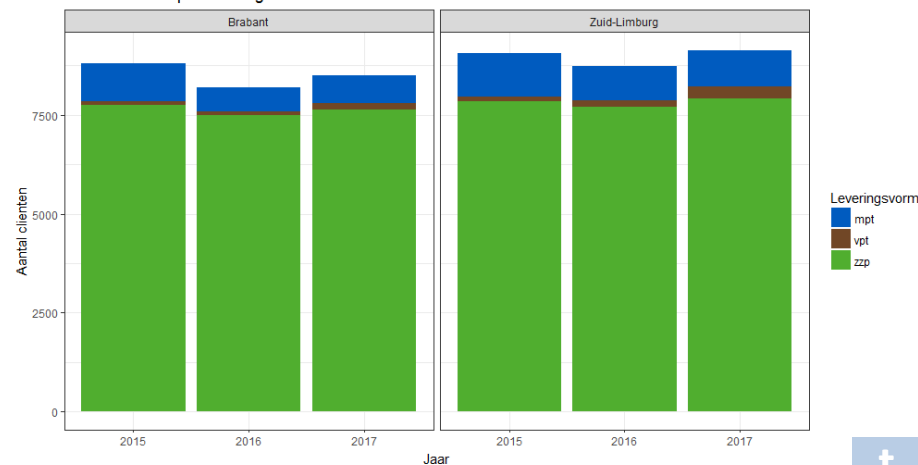
6

Vooral in de v&v (experimentregio Zuid-Limburg) komen er elk jaar nieuwe cliënten bij en gaan cliënten uit zorg, waardoor het tellen van het aantal unieke cliënten het daadwerkelijk aantal cliënten dat op een moment in zorg is overschat. Daarnaast hebben we naar de zwaarste leveringsvorm binnen het jaar gekeken. Het is namelijk mogelijk dat cliënten in het begin van het jaar nog thuis een mpt leveringsvorm hebben, totdat ze een definitieve plek krijgen in een instelling van hun keuze, en deze cliënten zouden we anders dubbel tellen. In dit hoofdstuk bedoelen wij met leveringsvorm de zwaarste leveringsvorm tijdens het jaar.

### Experiment Zuid-Limburg: leveringsvormen zin

Onderstaande figuur geeft het aantal cliënten weer per leveringsvorm in Zuid-Limburg en West-Brabant. Het aantal cliënten (na verblijfsduurcorrectie) daalde in 2016 ten opzichte van 2015 en neemt in beide groepen in 2017 weer toe. Deze toename is niet significant. We zien ook dat het aantal cliënten met een vpt in Zuid-Limburg is gestegen. In West-Brabant zien we deze stijging ook maar in lichtere mate.

Aantal cliënten per leveringsvorm



Bron ZZP, VPT, MPT: CZ, bewerking NZa.

## Effecten op de zorgvraag

1

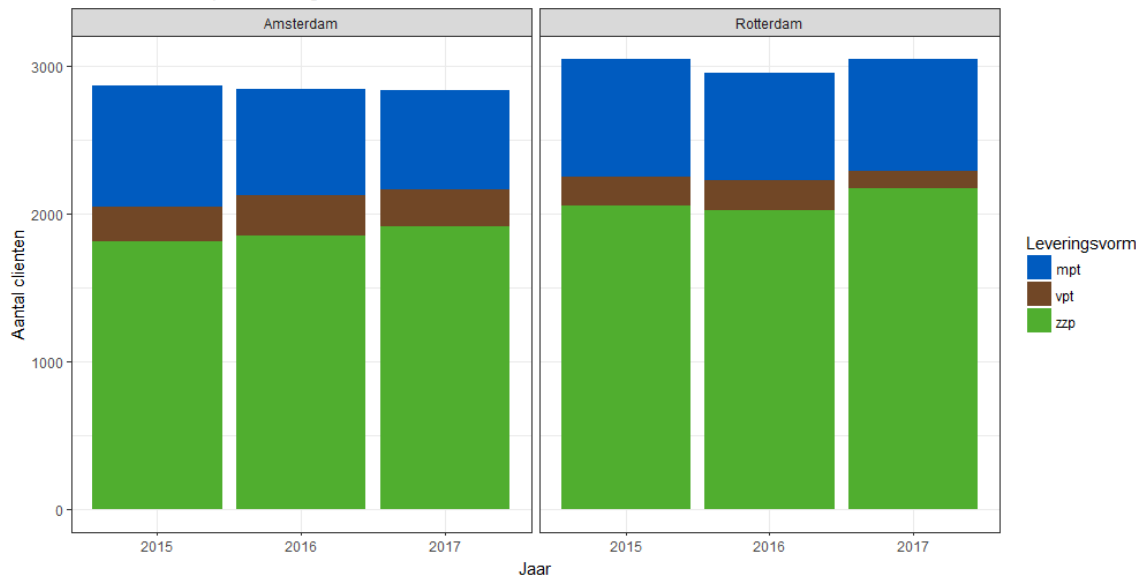
### Experiment Rotterdam: leveringsvormen zijn

Onderstaande figuur geeft het aantal cliënten weer per leveringsvorm voor het experiment in Rotterdam. Het aantal cliënten (na verblijfsduurcorrectie) is in Rotterdam in 2017 iets gestegen ten opzichte van 2016 en is gelijk aan het aantal cliënten in 2015. Het aantal cliënten in de controleregio Amsterdam is nagenoeg gelijk gebleven. In de regio Rotterdam is de leveringsvorm vpt in 2017 minder geleverd dan in 2015 en 2016. Dit verschil is ook statistisch significant ten opzichte van zzp's.

2

3

Aantal cliënten per leveringsvorm



Bron ZCP, VPT, MPT: Zilveren Kruis, bewerking NZa.

# Productie

1

In dit hoofdstuk onderzoeken we de effecten van het experiment ten aanzien van de geleverde zorg. Hierbij geven we antwoord op de volgende vragen:

2

1. Zijn er veranderingen in het aantal cliënten dat in zorg is?
2. Zijn er veranderingen in (de omvang van) het zorgaanbod?

3

3. Zien we verschuivingen in productie bij bestaande zorgaanbieders?

4

## Aantal cliënten in zorg

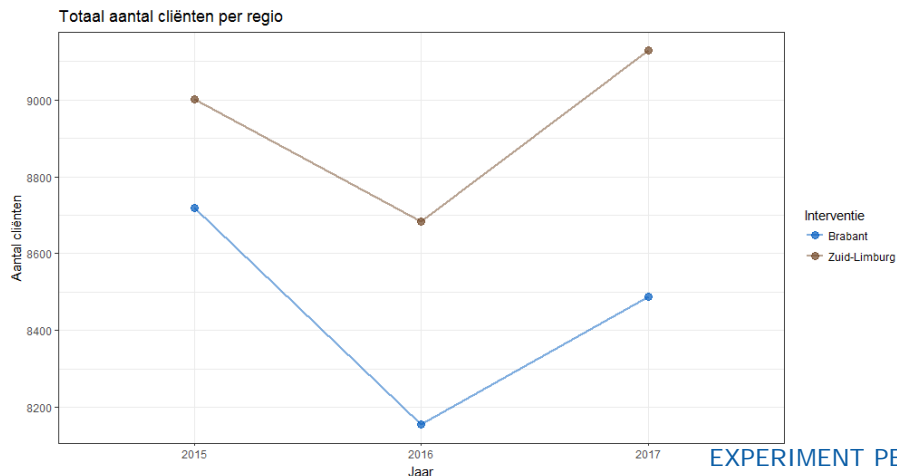
Door het wegvallen van het volumeplafond kunnen zorgaanbieders meer cliënten aannemen. Volgens onze hypothese verwachten we dat het aantal cliënten dat in zorg is door het experiment persoonsvolgende inkoop toe is genomen.

5

6

## Experiment Zuid-Limburg: aantal cliënten per jaar

In onderstaande figuur zien we het aantal cliënten dat in zorg is voor zorg in natura. Om de jaren met elkaar te vergelijken hebben we gecorrigeerd voor eerstelijnsverblijf en verhuiskosten door de I, IX, S en SE prestaties niet mee te nemen in de analyse. Ook hebben we in de figuren een correctie toegepast op verblijfsduur om beter weer te geven hoeveel cliënten op een bepaald moment in zorg zijn (zie hiervoor bijlage Bronnen en methoden). De cliënt wordt op basis van het aantal maanden dat hij verblijft in een instelling meegeteld. Uit de resultaten blijkt dat het aantal cliënten in 2017 in beide regio's is gestegen ten opzichte van 2016. Er is geen significant verschil in de groei.



CZ, bewerking NZa.



# Productie

1

Indien we niet corrigeren voor verblijfsduur dan zien we in Zuid-Limburg het aantal cliënten dat in zorg in 2015 is dalen van 10516 naar 10083 in 2016 en vervolgens weer stijgen naar 10567 in 2017 (niet opgenomen in de figuur). In West-Brabant daalt het aantal cliënten dat in zorg is van 10224 in 2015 naar 9462 in 2016 en stijgt het aantal naar 9907 in 2017. De daling in 2016 is mogelijk een administratief effect.

2

3

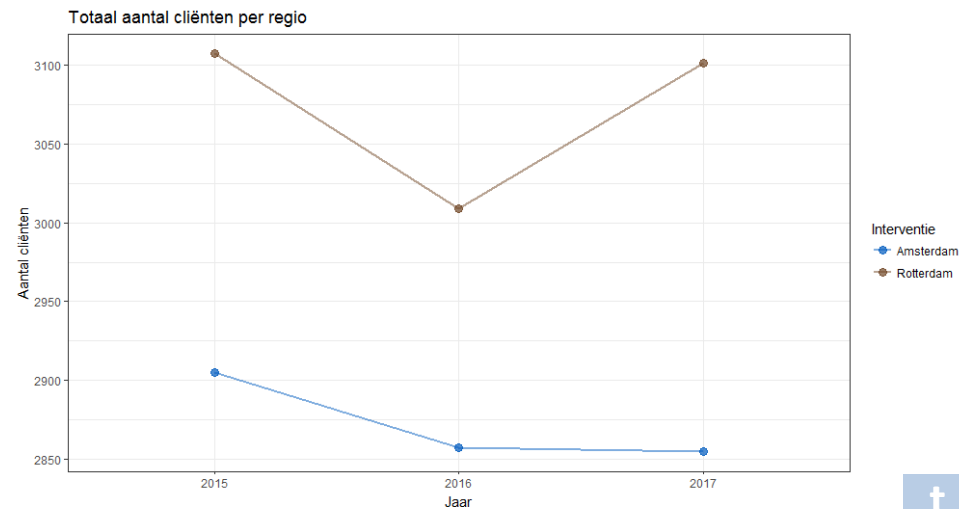
## Experiment Rotterdam: aantal cliënten per jaar

Uit de figuur hiernaast blijkt dat het aantal cliënten dat in zorg is in Rotterdam in 2016 is gedaald en in 2017 weer stijgt naar het niveau van 2015. Een van de zorgaanbieders viel in 2016 zorgkantoor CZ, maar sinds 2017 valt deze zorgaanbieder onder Zilveren Kruis. Wij hebben deze zorgaanbieder wel in de analyse meegenomen. Indien we deze aanbieder niet zouden meenemen zou het aantal cliënten tussen 2016 en 2017 gelijk blijven. Ook in Amsterdam blijft het aantal cliënten tussen 2016 en 2017 gelijk.

4

5

6



Interventie  
● Amsterdam  
● Rotterdam

## Productie

1

### Aantal cliënten dat verandert van instelling

We verwachten dat door de invoering van persoonsvolgende inkoop er meer keuzevrijheid ontstaat voor de cliënt om zorg te verkrijgen bij de voorkeurszorgaanbieder. Enerzijds doordat er geen budgetplafond is, anderzijds omdat cliënten ondersteuning krijgen in het zoekproces. Tevens probeert men in dit experiment de transparantie te vergroten door beter inzichtelijk te maken welke zorgaanbieders er zijn. Dit zou de relatie tussen de keuze van de cliënt en de uiteindelijke plaatsing ten goede moeten komen. Ook is de verwachting dat meer zorgaanbieders de markt zullen betreden en zullen inspelen op de zorgvraag van de cliënt.

2

3

4

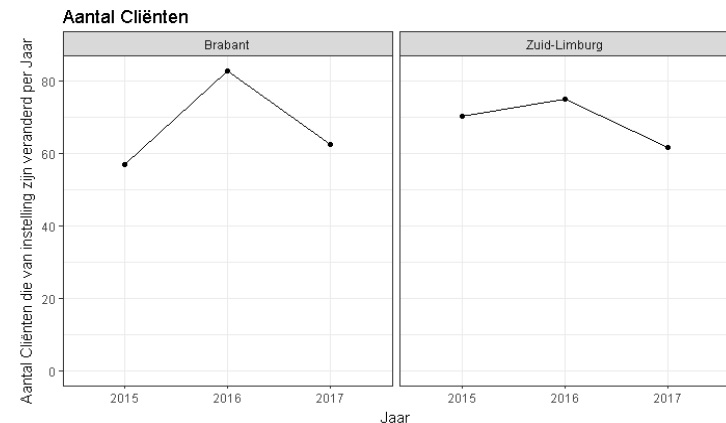
5

6

Het is mogelijk dat hierdoor meer cliënten die al ergens in zorg zijn veranderen van zorgaanbieder. Met name in de GHZ zal hier sprake van kunnen zijn. Er bestaat niet alleen keuzemogelijkheid voordat een cliënt in zorg gaat maar eenmaal in zorg is het ook mogelijk nog een andere keuze te maken. We verwachten dat er meer cliënten van intramurale zorgaanbieder zullen veranderen door het experiment.

### Experiment Zuid-Limburg: aantal cliënten die van instelling veranderen

Onderstaande figuur laat het aantal cliënten zien dat per jaar verandert van zorginstelling. Hiervoor hebben we eerst de cliënten geïdentificeerd die in een jaar van twee of meer instellingen zorg hebben ontvangen. Vervolgens schonen we het bestand voor alle cliënten met een mpt leveringsvorm bij een instelling, omdat deze cliënten of geen intramurale cliënten zijn, of naast hun verblijf ook apart behandeling of dagbesteding ontvangen via een mpt. Daarnaast schonen we het bestand voor cliënten die meer declaratiedagen hebben ontvangen dan hun verblijfsduur in zorg.



Bron: CZ, bewerking NZa.

## Productie

1

Het aantal cliënten dat van instelling verandert is min of meer gelijk gebleven over de periode. Gezien de kleine aantallen en het feit dat de twee regio's een ongelijke trend hadden tussen 2015 en 2016 is het niet mogelijk om deze verandering statistisch te toetsen. Het experiment heeft er niet toe geleid dat meer cliënten van intramurale instelling veranderen.

2

3

### Experiment Rotterdam: aantal cliënten die van instelling veranderen

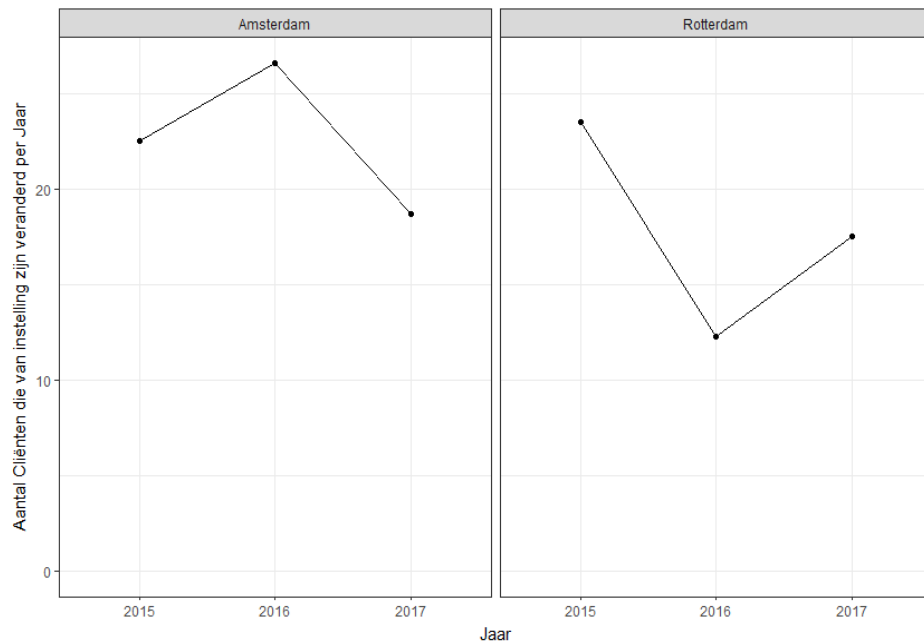
Het aantal cliënten dat van instelling verandert is in Rotterdam vrijwel gelijk gebleven. Gezien de kleine aantallen is het niet mogelijk geweest om deze verandering te toetsen. In Rotterdam heeft het experiment ook niet tot een stijging in het aantal cliënten geleid die van instelling veranderen.

4

5

6

Aantal Cliënten



Bron: Zilveren Kruis, bewerking NZa.

# Productie

1

## Omvang productie

Door het wegvallen van het volumeplafond kunnen zorgaanbieders meer cliënten aannemen, mits hiervoor voldoende capaciteit beschikbaar is voor bedden en personeel. We verwachten daarom dat het aantal gedeclareerde producten ook toe zal nemen. We verwachten dat de omvang van de declaraties toeneemt in het experiment. Om de omvang van de declaraties te vergelijken per jaar hebben we het bestand geschoond voor de kapitaallasten. Door deze schoning corrigeren wij voor het ingroei-traject kapitaallasten, en op deze manier kunnen we de declaraties over de jaren heen vergelijken.

2

3

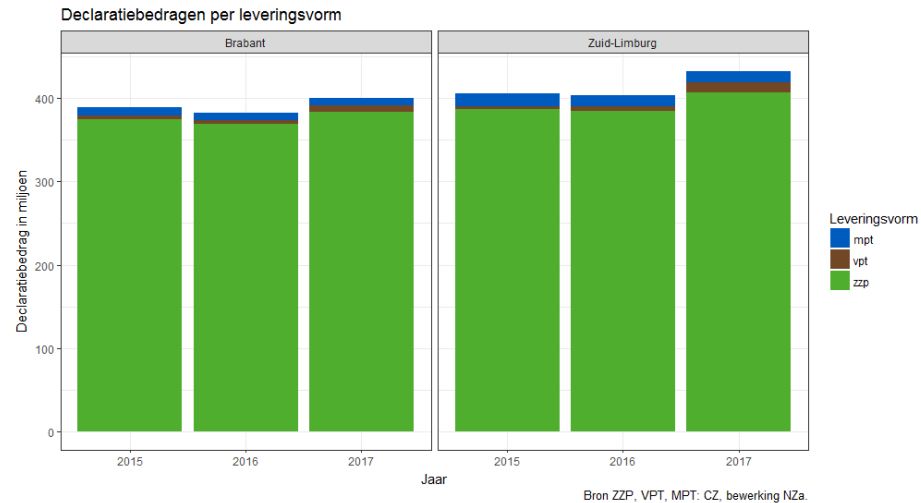
4

5

6

## Experiment Zuid-Limburg: omvang declaraties

Onderstaande figuur geeft de omvang van het totale declaratiebedrag per jaar weer voor de experimentregio en de controleregio, geschoond voor kapitaallasten en uitgesplitst naar de hoogste leveringsvorm per jaar. Hieruit blijkt dat het totaalbedrag aan declaraties in 2017 significant is gestegen ten opzichte van 2016 maar ook ten opzichte van West-Brabant.





# Productie

1

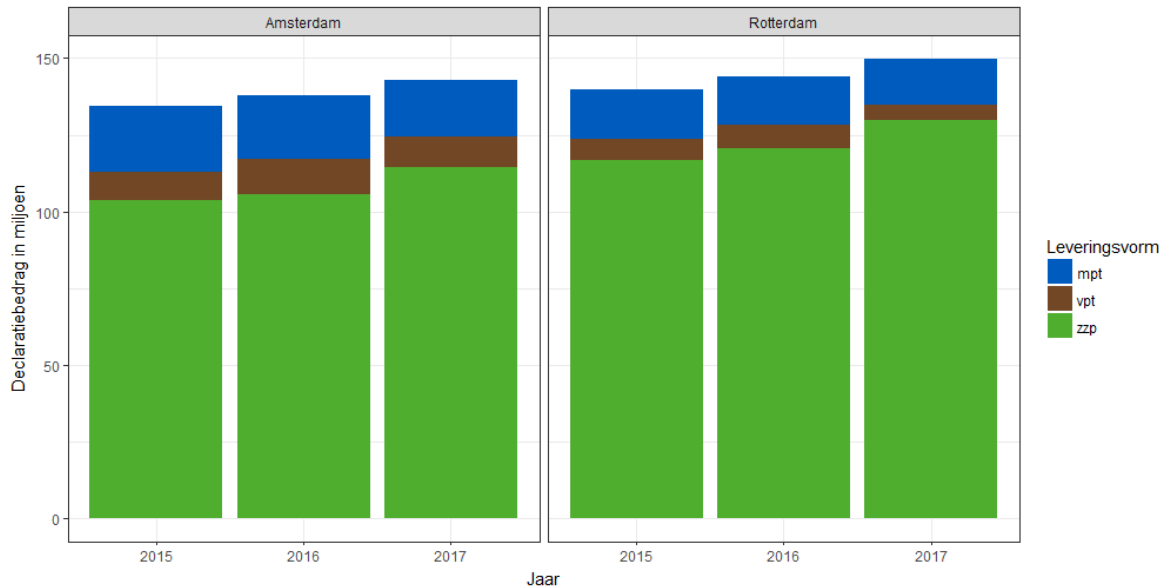
## Experiment Rotterdam: omvang declaraties

Onderstaande figuur toont de omvang van het totale declaratiebedrag per jaar voor het experiment in Rotterdam. In beide groepen zien we de omvang van het declaratiebedrag toenemen. In de voorgaande paragraaf merkten we op dat de toename van het aantal cliënten in beide groepen niet van elkaar verschilt. De statistische toets laat zien dat de uitgavengroei in Rotterdam en in Amsterdam vergelijkbaar is.

2

3

Declaratiebedragen per leveringsvorm



Bron ZPP, VPT, MPT: Zilveren Kruis, bewerking NZa.

4

5

6

## Productie

1

### Gemiddelde uitgaven per cliënt

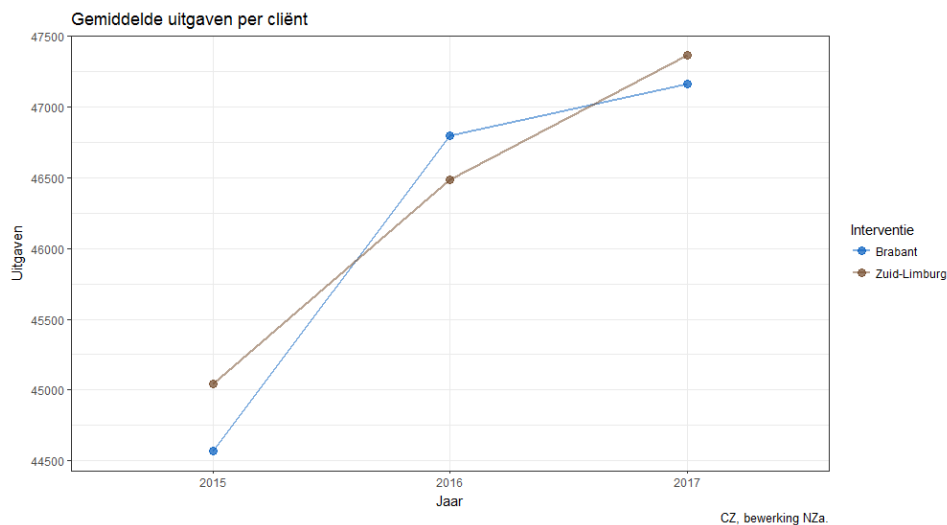
Omdat de zorgzwaartepakketten (zzp) in het experiment een vast tarief hebben, zal een zorgaanbieder proberen de kosten niet te laten uitstijgen boven het tarief dat zij voor de betreffende zzp ontvangen. Dit kunnen we niet meten omdat we geen inzicht hebben in de onderliggende kosten. We kunnen wel meten of de gemiddelde uitgaven (gecorrigeerd voor kapitaallasten) per cliënt stijgen of dalen. De gemiddelde uitgaven kunnen stijgen indien zorgaanbieders extra services willen bieden die zij naast het zorgzwaartepakket kunnen declareren (bijvoorbeeld toeslagen en of herindicaties).

3

### Experiment Zuid-Limburg: gemiddelde uitgaven per cliënt

De figuur geeft de gemiddelde uitgaven per cliënt weer voor de regio Zuid-Limburg ten opzichte van de controle regio Brabant. Hierbij zien we dat de gemiddelde uitgaven in Zuid-Limburg toenemen, waarbij we bij de controleregio een afvlakking zien in de toename. Het verschil in toename is statistisch significant.

6



# Productie

1

## Experiment Rotterdam: gemiddelde uitgaven per cliënt

Onderstaande figuur toont de gemiddelde uitgaven per cliënt voor zowel Rotterdam als Amsterdam. In beide regio's zijn de gemiddelde uitgaven gestegen. In Rotterdam stijgen de gemiddelde uitgaven minder hard dan in Amsterdam. Dit verschil is niet statistisch significant.

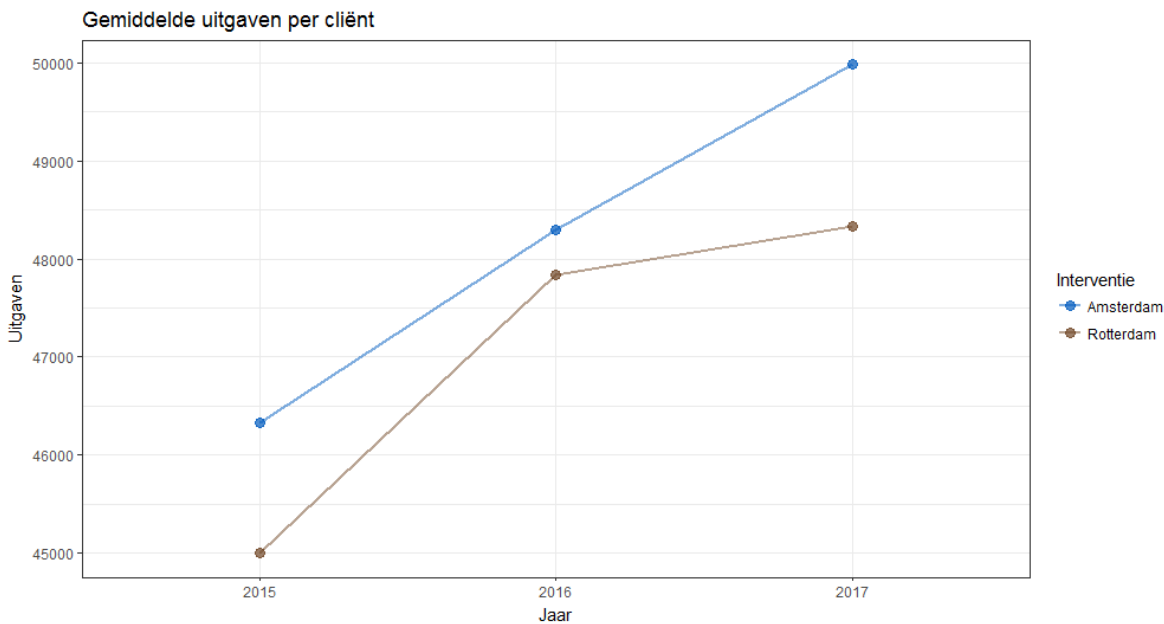
2

3

4

5

6



Zilveren Kruis, bewerking NZa.

# Productie

1

## Crisisopnamen

Door het opheffen van het productieplafond kunnen zorgaanbieders meer cliënten plaatsen. We verwachten daarom dat de wachtlijst zal afnemen. Doordat cliënten minder lang op een wachtlijst hoeven te staan verwachten we dat het aantal crisisopnamen zal afnemen.

3

### Experiment Zuid-Limburg: crisisopnamen

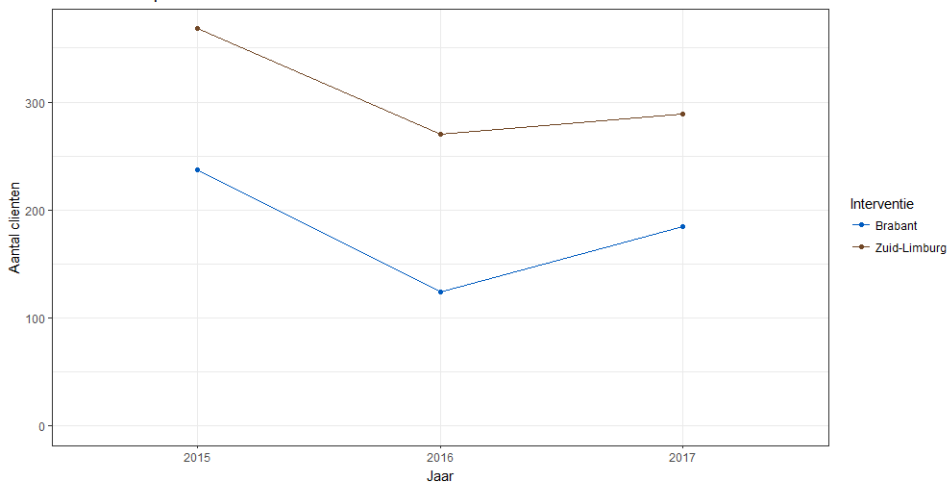
Het aantal crisisopnamen wordt gemeten door het aantal cliënten waarvoor een prestatiecode Z110 is gedeclareerd per jaar te sommeren. Hierbij zien we in beide regio's een afname van het aantal cliënten met een crisisopnamen in 2016. Uit de figuur is ook op te maken dat het aantal crisisopnamen in 2017 weer toeneemt ten opzichte van 2016. Het aantal crisisopnamen stijgt in de interventieregio echter minder snel dan in de controleregio. Dit verschil is echter niet significant.

4

5

6

Aantal crisisopnamen



Bron ZP, VPT, MPT: CZ, bewerking NZa.

### Experiment Rotterdam: crisisopnamen

In Rotterdam of Amsterdam zijn er tijdens de hele periode geen crisisopnamen geweest in de gehandicaptenzorg.

# Productie

1

## Toeslagen

Door het wegvallen van het volumeplafond kunnen zorgaanbieders meer cliënten aannemen. We verwachten dat het aantal gedeclareerde producten ook toe zal nemen. Daarnaast verwachten we dat het interessant is om toeslagen aan te vragen. Het is mogelijk dat toeslagen eerder in rekening worden gebracht omdat hier geen productieafspraken voor wordt gemaakt. Als er aan de voorwaarden wordt voldaan, dan kan de toeslag in rekening worden gebracht. Het zou mogelijk kunnen zijn dat door persoonsvolgende inkoop de gemiddelde toeslag per zzp toeneemt.

2

3

4

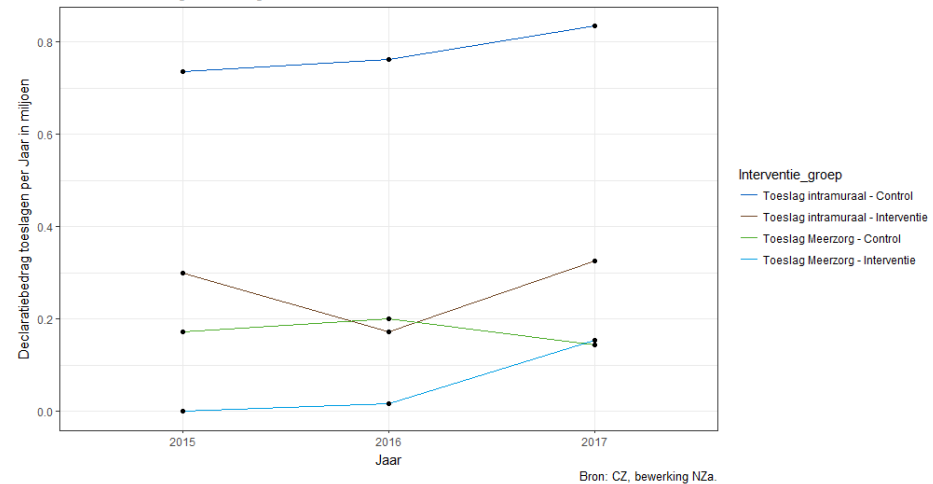
5

6

## Experiment Zuid-Limburg: toeslagen

In de figuur laten we de declaratiebedragen voor toeslagen zien, gecorrigeerd voor kapitaallasten. Het declaratiebedrag aan meerzorg stijgt in beide regio's licht tussen 2015 en 2016 en heeft ook dezelfde trend. In 2017 stijgt het declaratiebedrag aan meerzorg in Zuid-Limburg sterker dan tussen 2015 en 2016. Echter, in West-Brabant daalt het declaratiebedrag tussen 2016 en 2017. Voor de intramurale toeslagen lopen de trends in de interventieregio en controleregio uiteen. Hierdoor is niet goed vast te stellen of de stijgende trend tussen 2016 en 2017 in de interventieregio het gevolg is van de invoering van het experiment.

Declaratiebedragen toeslagen





# Productie

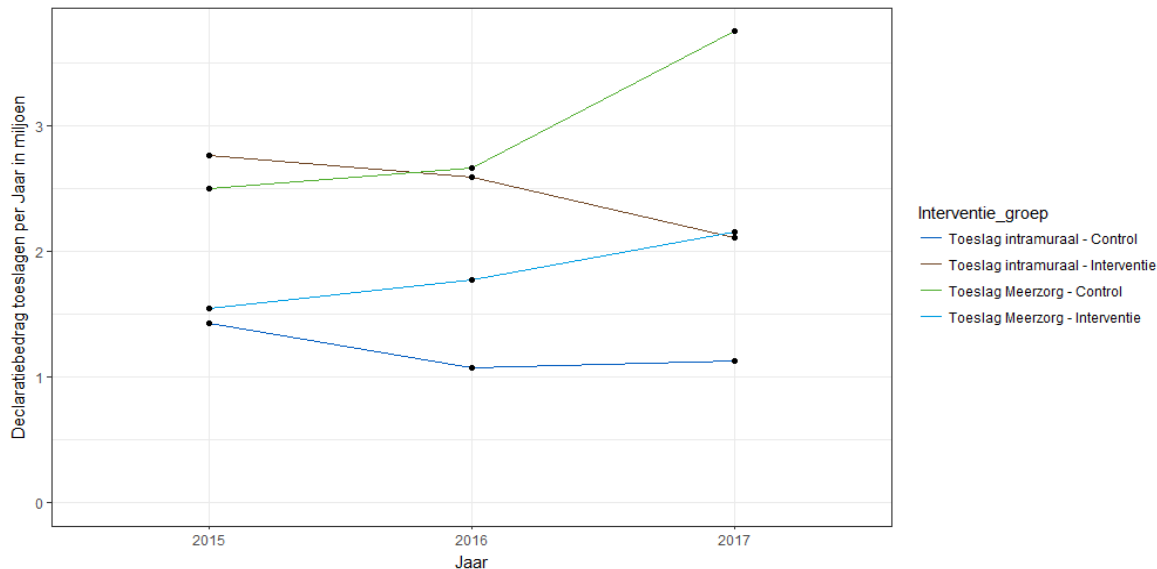
1

## Experiment Rotterdam: toeslagen

In de figuur laten we de declaratiebedragen voor toeslagen zien, gecorrigeerd voor kapitaallasten. Het declaratiebedrag aan meerzorg is min of meer gelijk tussen 2015 en 2016. Tussen 2016 en 2017 stijgt het declaratiebedrag vooral in Amsterdam doordat het aantal meerzorg cliënten is gestegen. In Rotterdam stijgt het declaratiebedrag aan meerzorg ook, zij het in mindere mate. De overige toeslagen dalen in beide groepen tussen 2015 en 2016, en tussen 2016 en 2017 dalen de toeslagen in Rotterdam, terwijl die in Amsterdam gelijk blijven. Er zijn geen statistisch significante verschillen tussen de twee regio's.

3

Declaratiebedragen toeslagen



Bron: Zilveren Kruis, bewerking NZa.

## Zorgaanbod in de regio

1

Door persoonsvolgende inkoop wordt de markt voor langdurige zorg meer toegankelijk voor nieuwe toetreders. Dit kan als gevolg hebben dat er meer dynamiek in deze markt komt.

2

3

Hierdoor kan er meer concurrentie ontstaan. We verwachten dat door de invoering van het experiment het aantal aanbieders zal toenemen. Daarnaast denken we dat er meer grote aanbieders vanuit andere regio's de markt zullen betreden. In dit hoofdstuk onderzoeken hoeveel nieuwe aanbieders erbij zijn gekomen en wat voor aanbieders dit zijn. Wij kijken ook naar het effect van persoonsvolgende inkoop op bestaande aanbieders. We geven ook een antwoord op de vraag: Zijn er veranderingen in de spreiding van het zorgaanbod (marktaandeel)?

4

### Aantal zorgaanbieders

#### Experiment Zuid-Limburg: aantal aanbieders

Het totaal aantal zorgaanbieders dat deelneemt aan het experiment in 2017 bedraagt 29, waarvan er 5 zorgaanbieders nieuw zijn in 2017 en nog niet gedeclareerd hebben.

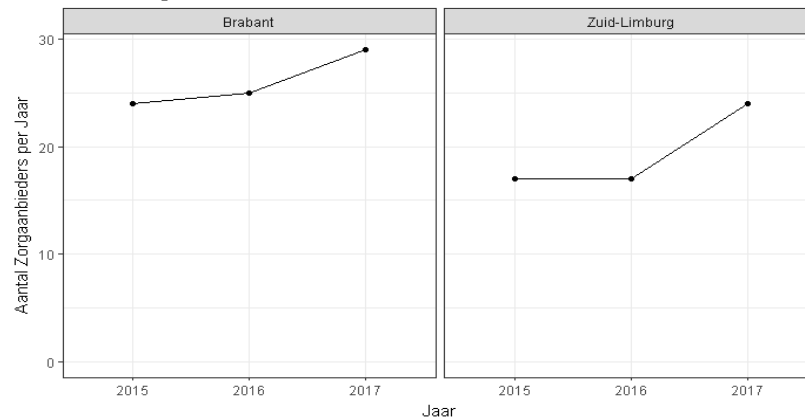
5

6

Er zijn twee nieuwe zorgaanbieders die werkzaam zijn in de thuiszorg die in 2017 zorg geleverd hebben (waarvan een ook heeft gedeclareerd), daarnaast zijn er twee thuiszorgcoöperaties met zelfstandig ondernemers toegetreden en een thuiszorgorganisatie die reeds zorg leverde in de provincie.

Onderstaande figuur geeft het aantal declarerende zorgaanbieders per jaar weer. In beide groepen is het aantal declarerende zorgaanbieders gestegen in 2017. In Zuid-Limburg stijgt het aantal aanbieders harder dan in West-Brabant.

Aantal Zorgaanbieders



Bron: CZ, bewerking NZa.

## Nieuwe cliënten

1

De nieuwe toetreders zijn allemaal thuiszorg instanties. Waarvan er twee thuiszorg leveranciers werken met zelfstandige ondernemers. Dat wil zeggen dat er binnen deze organisaties zelfstandige zorg- en welzijnsprofessionals, verenigd zijn in een coöperatie. De diensten die worden aangeboden door de verschillende thuiszorg instanties omvatten: Verpleging, persoonlijke verzorging, nachtzorg, zorg in de laatste levensfase, hulp bij het huishouden, begeleiding individueel, hulp bij dementie en dagbesteding.

2

3

4

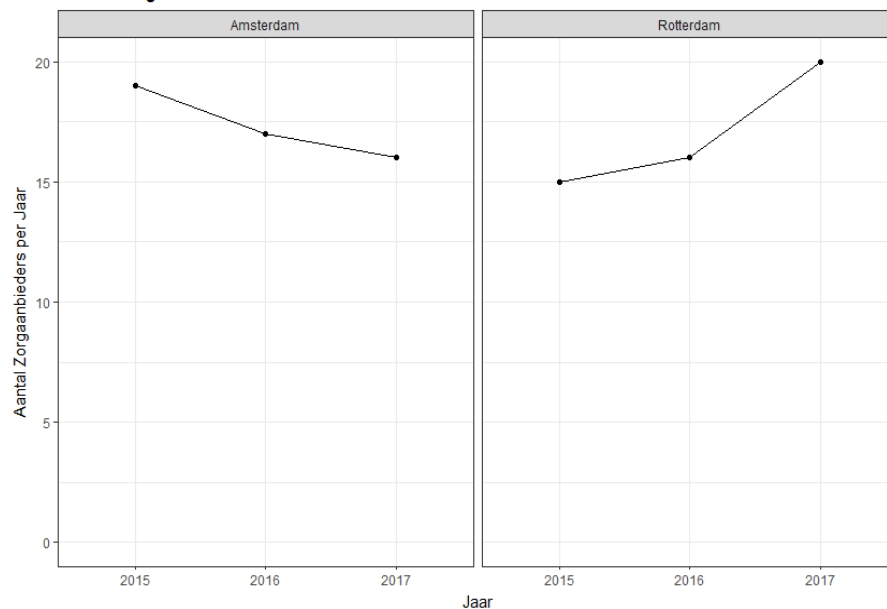
### Experiment Rotterdam: aantal aanbieders

Het totaal aantal zorgaanbieders dat zich heeft aangemeld voor het experiment in 2017 bedraagt 25 (peildatum 1 januari 2018). Er zijn 18 bestaande aanbieders en 7 nieuwe zorgaanbieders. In 2017 hebben 20 van 25 aanbieders zorg gedeclareerd. Er is in 2017 1 instelling waarvan de zorg is overgedragen aan een andere instelling. Er is daarnaast een bestaande instelling in het derde kwartaal van 2017 aan het experiment toegevoegd, deze instelling was eerder gecontracteerd door een ander zorgkantoor. Dit betreft echter geen nieuwe toetreders tot de Wlz markt, maar een bestaande Wlz-aanbieder. Deze aanbieder hebben wij wel meegenomen in de analyses en het onderstaande plaatje. Er zijn daarnaast geen nieuwe GHZ instellingen die Wlz zorg leveren getreden tot de markt in de regio Rotterdam.

5

6

Aantal Zorgaanbieders



Bron: Zilveren Kruis, bewerking NZa.



## Nieuwe cliënten

1

### Marktconcentratie zorgaanbieders

Zoals in paragraaf 'aantal zorgaanbieders' is aangegeven is de verwachting dat door persoonsvolgende inkoop de markt voor langdurige zorg meer toegankelijk zal worden voor nieuwe toetreders. Dit kan tot gevolg hebben dat er meer dynamiek in deze markt komt. We verwachten dat door toenemende concurrentie de marktconcentratie afneemt. De C4-index geeft het marktaandeel weer van de vier grootste aanbieders op basis van hun omzet.

2

3

4

### Experiment Zuid-Limburg: marktconcentratie

In de regio Zuid-Limburg (vv-zorg) is op te maken dat de vier grootste aanbieders ongeveer 70% marktaandeel hebben. Het marktaandeel van de vier grootste zorgaanbieders is in 2017 ten opzichte van voorgaande jaren nauwelijks gewijzigd. In West-Brabant is het marktaandeel van de vier grootste aanbieders licht gedaald van 56.3% in 2015 naar 55.1% in 2017. Dit is opmerkelijk omdat de verwachting is dat juist de marktconcentratie in Zuid-Limburg door het experiment zou afnemen.

5

6

Jaar	C4 index Zuid-Limburg	C4-index West-Brabant
2015	69.5%	56.3%
2016	69.5%	56.2%
2017	69.7%	55.1%

### Experiment Rotterdam: marktconcentratie

In de regio Rotterdam (ghz-zorg) zien we dat de vier grootste aanbieders ongeveer 90% marktaandeel hebben. Het marktaandeel van de vier grootste zorgaanbieders is in 2017 ten opzichte van voorgaande jaren wel gewijzigd. In Rotterdam is het marktaandeel van de vier grootste aanbieders gedaald van 91.3% in 2015 naar 87.7% in 2017. Dit is inclusief de overheveling van de bestaande aanbieder naar regio Rotterdam. Wanneer we corrigeren voor de overheveling van de bestaande aanbieder dan is de daling beperkt (90.5%). In Amsterdam zien we eerst een stijging van het marktaandeel en vervolgens weer een daling.

Jaar	C4 index Rotterdam	C4-index Amsterdam
2015	91,3%	85,7%
2016	91,6%	87,0%
2017	87,7%	85,6%





## Betaalbaarheid van zorg

1

In dit hoofdstuk onderzoeken we de effecten van het experiment ten aanzien van de betaalbaarheid van zorg. Hierbij geven we antwoord op de volgende vraag: Welk effect hebben de veranderingen op het budgettaire kader?

### Deelkader

Met dit experiment is in de twee experimentregio's de systematiek van macrobeheersing losgelaten. Om de ontwikkelingen binnen het experiment te kunnen monitoren, is voorafgaand aan het jaar een niet-bindend kader per experimentregio vastgesteld. Op het moment dat de uitgaven deze kaders dreigen te overschrijden kunnen de herverdelingsmiddelen (deels) hiervoor worden ingezet.

Binnen een experimentregio kunnen middelen worden overgeheveld van het deelkader pgb of het deelkader zorg in natura naar het deelkader experiment en vice versa. Deze overhevelingen zijn mogelijk omdat er sprake is van communicerende vaten. Een toename van het aantal cliënten binnen het experiment kan bijvoorbeeld gepaard gaan met een afname van het aantal pgb-cliënten. De betreffende deelnemende Wlz-uitvoerder kan hierop anticiperen door middelen over te hevelen.

De benutting van het vastgestelde deelkader voor het experiment wordt gemonitord. Wanneer op basis van declaratiegegevens en prognoses verwacht wordt dat het deelkader voor het experiment ontoereikend is, moet de deelnemende Wlz-uitvoerder dit melden bij de NZa.

Het deelkader voor het jaar 2017 van het experiment heeft zich als volgt ontwikkeld:

	Voorlopige Kaderbrief 2017	Definitieve kaderbrief 2017	Voorlopige kaderbrief 2018	Definitieve kaderbrief 2018
Totaal (€ mln)	655	655	660	678

Het deelkader voor 2018 is in de definitieve kaderbrief 2018 vastgesteld op € 720 mln. (het verschil met de stand in de voorlopige kaderbrief 2018, € 690 mln., betreft loon- en prijsbijstellingen, en de doorwerking van het verschil van € 18 mln. voor 2017 tussen de voorlopige en definitieve kaderbrief 2018).

2

3

4

5

6



## Betaalbaarheid van zorg

1

2

3

4

5

6

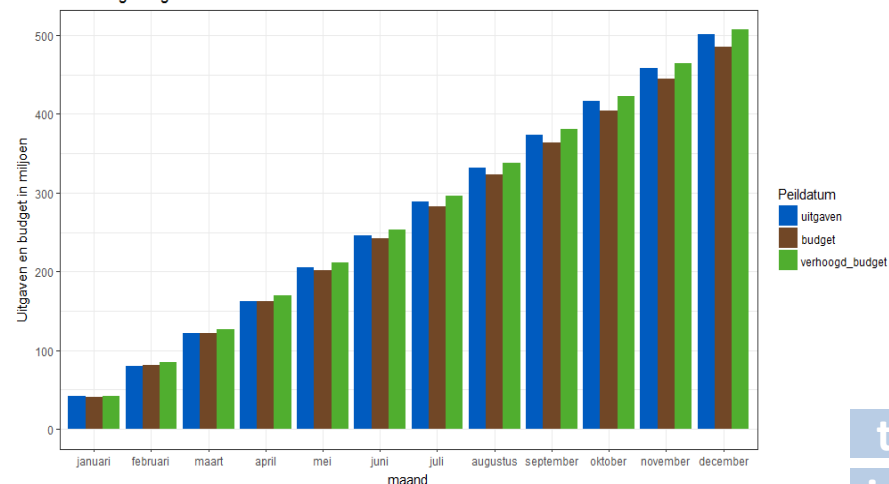
De mutaties gedurende het jaar 2017 zijn het gevolg van overhevelingen en loon- en prijsbijstellingen. Er hebben overhevelingen plaatsgevonden náár het deelkader voor het experiment; er zijn geen overhevelingen geweest in de tegenovergestelde richting, vanuit het deelkader voor het experiment naar het deelkader voor zorg in natura. In ons [augustusadvies van 2017](#) hebben wij geadviseerd om € 10 miljoen aan het experiment persoonsvolgende inkoop toe te voegen. In reactie op dit advies heeft de staatssecretaris van VWS aangegeven dat hij op basis van de gerapporteerde benutting van de regionale kaders van CZ concludeerde dat de Wlz-uitvoerder CZ de kosten van het experiment persoonsvolgende inkoop in Zuid-Limburg zelf binnen haar eigen regionale kaders kan dekken (Brief VWS aan NZa d.d. 22 september 2017, kenmerk 1232208-167691-LZ).

Binnen het experiment gelden vaste tarieven voor de geleverde zorg. Het zorgkantoor maakt in het experiment geen budgetafspraken. Dat betekent dat er, anders dan in de regio's buiten het experiment, ook geen sprake kan zijn van niet-gehonoreerde overproductie. In het experiment wordt alle productie vergoed.

### Benutting kader Zuid-Limburg

De benutting van het budgettair kader blijft binnen het beschikbare opgehoogde budget. Binnen de regio kan een zorgkantoor overhevelen tussen het budgettair kader voor het experiment en het overige budgettair kader. Het kader voor het experiment voor de regio Zuid-Limburg bedroeg bij aanvang 485 miljoen euro en is drie keer opgehoogd met in totaal 22.1 miljoen euro naar 507 miljoen. In 2017 werd in totaal 501 miljoen uitgegeven.

Benutting Budgettair kader



Bron: CZ, bewerking NZa.



## Betaalbaarheid van zorg

1

2

3

4

5

6

Als we Zuid-Limburg vergelijken met de controleregio West-Brabant dan valt op dat de procentuele groei tijdens het experiment duidelijk verschilt van die in West-Brabant. Tussen 2016 en 2017 stegen de uitgaven in Zuid-Limburg met 7.5% harder ten opzichte van West-Brabant waar de uitgaven stegen met 4%.

	2015	2016	2017	% groei 2017 t.o.v. 2016
Zuid-Limburg	€ 451.737.017,40	€ 466.430.890,12	€ 501.292.851,23	7,5%
West-Brabant	€ 437.841.670,68	€ 448.463.670,68	€ 467.224.789,13	4%

# Betaalbaarheid van zorg

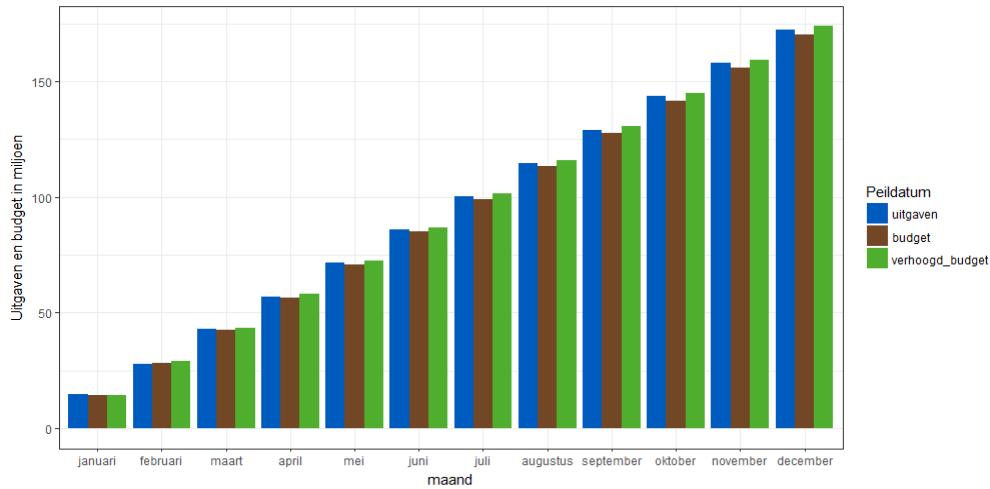


- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

## Benutting kader Rotterdam

De benutting van het budgettair kader blijft binnen het beschikbare budget. Binnen de regio kan een zorgkantoor overhevelen tussen het budgettair kader voor het experiment en het overige budgettair kader. Het kader voor het experiment bedroeg bij aanvang 170,0 miljoen en is eenmaal opgehoogd naar 173,9 miljoen. In 2017 werd in totaal 172,4 miljoen uitgegeven.

Benutting Budgettair kader



Bron: Zilveren Kruis, bewerking NZa.





## Betaalbaarheid van zorg

1

2

3

4

5

6

Als we Rotterdam vergelijken met de controleregio Amsterdam dan valt op dat de procentuele groei tijdens het experiment duidelijk verschilt dan in Amsterdam. In de periode 2016 tot 2017 groeiden de uitgaven in Rotterdam (8%) harder dan in Amsterdam (5%).

	2015	2016	2017	% groei 2017 t.o.v. 2016
Rotterdam	€ 152.231.205,67	€ 159.509.584,41	€ 172.374.573,96	8%
Amsterdam	€ 145.686.049,14	€ 155.553.594,91	€ 162.826.543,20	5%



## Conclusies

1

Wat is het effect van persoonsvolgende inkoop op de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg in de regio's Zuid-Limburg en Rotterdam?

2

### Conclusies

*Zijn er veranderingen in de indicaties van cliënten?*

Persoonsvolgende inkoop is in het eerste jaar van het experiment niet van invloed geweest op het aantal CIZ indicaties. De toename van de zorgvraag zien we in alle regio's, zowel in de experiment- als controleregio's.

4

*Zijn er veranderingen in het aantal wachtenden?*

In beide experimentregio's is het aantal (actief en niet-actief) wachtenden tijdens het experiment niet gedaald. Omdat we deze gegevens niet goed kunnen vergelijken met de controleregio's kunnen we niet zomaar concluderen dat dit het gevolg is van het experiment. Onze veronderstelling dat door het experiment het aantal wachtenden dat op de wachtlijst staat afneemt moeten we wel verwerpen.

5

6

*Zijn er veranderingen in de keuze van cliënt voor zorg (leveringsvorm)?*

Het aantal cliënten met een leveringsvorm pgb steeg voorafgaand aan het experiment in beide regio's zowel in de experiment als controleregio's. Na de invoering van het experiment stijgt het aantal cliënten in beide regio's onverminderd door. Onze veronderstelling dat door het experiment het aantal cliënten met pgb afneemt moeten we verwerpen.

In Rotterdam in de ghz-sector zien we in de experiment regio een significante afname van het aantal vpt's ten opzichte van het aantal zzp's.

*Zijn er veranderingen in het aantal cliënten dat in zorg is?*

We zien een toename in het aantal cliënten (na verblijfsduurcorrectie) in de regio's Zuid-Limburg en West-Brabant. Het verschil in de toename tussen de regio's is echter niet significant. Het aantal cliënten blijft in het experiment ghz nagenoeg gelijk. We zien wel een kleine daling in het voorafgaande jaar aan het experiment en daarna een lichte stijging. Dit is te verklaren door een aanbieder die in 2016 was gecontracteerd door een ander zorgkantoor waardoor er geen gegevens van 2016 in deze analyse zijn meegenomen.





## Conclusies

1

*Zijn er veranderingen in (de omvang van) het zorgaanbod?*

In beide regio's zien we het totaalbedrag aan declaraties (geschoond voor kapitaallasten) in 2017 stijgen ten opzichte van 2016 en ten opzichte van de controleregio's.

De extra stijging in Zuid-Limburg kan worden veroorzaakt door:

- De gemiddelde uitgaven per cliënt. De gemiddelde uitgaven per cliënt zijn significant gestegen ten opzichte van de controleregio's;
- er is een toename in toeslagen en toename in het aantal crisisopnamen in Zuid-Limburg maar het verschil is niet significant;

Er zijn wel nieuwe aanbieders bijgekomen maar het aantal aanbieders dat daadwerkelijk zorg heeft geleverd is beperkt en nog niet van die mate dat er meer cliënten kunnen worden behandeld of de wachtlijsten hierdoor verminderen.

2

3

4

5

6

*Zijn er veranderingen in de spreiding van het zorgaanbod (marktaandeel)?*

Er zijn nauwelijks veranderingen in de marktaandelen van de vier grootste aanbieders in de regio's. In de regio Rotterdam zien we dat de vier grootste aanbieders ongeveer 90% marktaandeel hebben. Het marktaandeel van de vier grootste zorgaanbieders is in 2017 ten opzichte van voorgaande jaren licht gedaald. In de regio Zuid-Limburg is op te maken dat de vier grootste aanbieders ongeveer 70% marktaandeel hebben. Het marktaandeel van de vier grootste zorgaanbieders is in 2017 ten opzichte van voorgaande jaren nauwelijks gewijzigd.

*Welk effect hebben de veranderingen op het budgettair kader?*

Bij de analyse van de uitgaven (productie) zien we dat de uitgaven in de experimentregio's harder zijn gestegen dan in de controleregio's. De zorgkantoren hebben dan ook gedurende het jaar een (Rotterdam) of meerdere keren (Zuid-Limburg) budgetruimte overgeheveld van zorg in natura naar het experiment. Het deelkader voor het experiment past zich met de systematiek van overhevelingen aan de uitgavenontwikkeling aan.



## Conclusies

1

In onderstaande tabel zijn de bevindingen samengevat.

Onderwerp	Verwachting	Experiment Zuid-Limburg	Experiment Rotterdam	Significant	Opmerkingen
Indicatieontwikkeling	0	0	0	nee-nee	In beide experimenten stijgen het aantal indicaties in experiment en controleregio's maar dit is een gevolg van de toenemende zorgvraag en niet het gevolg van het experiment
Wachtlijsten	-	+	+	nee-nee	Aantal wachtenden neemt toe. Pre-trends echter niet vergelijkbaar.
Keuze leveringsvorm					
- Pgb	-	+	+	nee-nee	Pgb blijft toenemen, geen verschillen met controleregio
- Vpt	+	+	-	nee-ja	In Zuid-Limburg toename in vpt maar niet significant verschillend van controleregio. In Rotterdam afname in vpt. Dit is in tegenstelling tot wat we verwachten.
Aantal cliënten	+	+	+ / 0	nee-nee	In beide experimenten een toename van het aantal cliënten ten opzichte van 2016 (niet ten opzichte van 2015). Het verschil in toename is niet significant.
Totale uitgaven	+	+	+	ja-nee	In beide experimenten een toename van de totale uitgaven. Voor Zuid-Limburg is deze toename significant ten opzichte van controleregio.
Gemiddelde uitgaven	+	+	+	ja-nee	In beide experimenten een toename van de gemiddelde uitgaven. Voor Zuid-Limburg is deze toename significant ten opzichte van controleregio.
Crisisopnamen	-	+	n.v.t.	nee	Het aantal crisisopnamen stijgt zowel in Zuid-Limburg als in controleregio maar niet als gevolg van experiment (geen significante verschillen)
Toeslagen	+	+	+	nee-nee	De totaalbedragen aan toeslagen nemen toe maar is in beide experimenten niet significant.
Marktaandeel	-	0	-	nee-nee	Marktaandelen blijven gelijk. In Rotterdam lichte daling, niet significant.

Opmerking: Verwachting in *groen* is een gewenst effect, in *rood* een ongewenst effect van het experiment



## Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Postadres  
Postbus 3017  
3502 GA Utrecht

### Bezoekadres

Newtonlaan 1-41  
3584 BX Utrecht  
Telefoon: 030 - 296 81 11  
Website: [www.nza.nl](http://www.nza.nl)  
Twitter: @zorgautoriteit

### Informatielijn

Telefoon: 088 - 770 8 770  
(bereikbaar van 09.00 tot 17.00 uur - lokaal tarief)  
E-mail: [info@nza.nl](mailto:info@nza.nl)

