

Doorontwikkeling integrale vergelijking 2021



18 januari 2022

Inhoudsopgave

Samenvatting	4
Stappen van de doorontwikkeling: de verbeteringen in de IV	5
Conclusie	7
Inleiding	9
De achtergrond en bedoeling van de IV	10
Leeswijzer	10
1 Doorontwikkeling model	12
Samenvatting	13
Leeswijzer	13
A. Verfijning model & vertaling naar tarief op hoofdlijnen	14
B. Stappenplan en een rekenvoorbeeld	19
C. Kwantitatieve analyses o.b.v. verfijnd model	33
D. Technische toelichtingen	37
2 Datakwaliteit en administratieve lasten	45
Samenvatting	46
A. Onderzoek door Verstegen Accountants en Adviseurs	46
B. Aansluiting externe databronnen	48
3 Kwaliteit koppelen aan tariefstelling	51
Samenvatting	52
A. Inleiding	52
B. Opties voor koppelen kwaliteit aan tariefregulering	53
C. Beschouwing	55
4 Handvatten t.b.v. leren en verbeteren	57
Samenvatting	58
A. Achtergrond en aanleiding onderzoek	58
B. Doorontwikkeling van het DEA-model	59

C. Transparantie	59
D. Terugkoppeling	59
E. Proces	60
F. Toekomstperspectief	60

5	Transparantie	61
----------	----------------------	-----------

Samenvatting	62
A. Inleiding	62
B. Gegevensdeling binnen de IV	63
C. Inhoud van de terugkoppelingen	65
D. Toekomstige uitwerking transparantie	69

6	Vooruitblik	71
----------	--------------------	-----------

Samenvatting



Sinds 2019 werken we aan een nieuwe bekostiging voor de verpleeghuiszorg. Met de nieuwe bekostigingsmethodiek (de 'integrale vergelijking', hierna: IV) willen we bereiken dat de tarieven voor alle zorgaanbieders hoog genoeg zijn om zorg te leveren volgens het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg (hierna: Kwaliteitskader). Maar niet te hoog, zodat de verpleeghuiszorg toegankelijk en betaalbaar blijft. Passende tarieven dus. Door inzicht in de verschillen tussen zorgaanbieders te geven, ondersteunen we het leren en verbeteren dat in de sector centraal staat.

Een belangrijke stap in de ontwikkeling van deze nieuwe bekostiging is de nulmeting geweest, waarbij we de methodiek in de praktijk hebben getest. Hiervoor heeft een groot aantal zorgaanbieders gegevens aangeleverd. Daardoor konden we de vergelijking uitvoeren. De betrokken zorgaanbieders hebben vervolgens een individuele terugkoppeling met resultaten ontvangen. Daarna zijn we in gesprek gegaan met de sector over de uitkomsten en de bruikbaarheid van het model. Op basis van deze duiding hebben we eind 2020 een advies uitgebracht aan de Minister van VWS. De conclusie was dat de IV een methodiek is die kan helpen om de hierboven genoemde doelen te realiseren. Tegelijk was dan wel eerst een brede doorontwikkeling nodig. Daarnaast heeft de ouderenzorg méér nodig: we hebben in het advies gewezen op de noodzaak van een brede kijk op de ouderenzorg, waarbij de principes van passende zorg leidend zouden moeten zijn. Op verzoek van de Minister hebben wij een doorontwikkeling van de IV in 2021 uitgevoerd. Daarover gaat deze rapportage.

Voordat deze rapportage is gepubliceerd, is in de budgettaire bijlage van het coalitieakkoord het beleidsvoornemen opgenomen om te stoppen met de verdere ontwikkeling van de IV. In plaats daarvan wordt ingezet op andere maatregelen, zoals een 'herinterpretatie' van het Kwaliteitskader, scheiden wonen en zorg, overheveling van behandeling van de Wlz naar de Zvw maar ook het opnemen van normatieve elementen in de tarieven. We zullen de IV daarom de komende periode niet gebruiken om daarop de tarieven voor de verpleeghuiszorg te baseren. Tegelijk blijven - met dit beleidsvoornemen - verschillende onderliggende vraagstukken, zoals het koppelen van kwaliteit aan tariefregulering om zo te zorgen dat tarieven hoog genoeg blijven om kwalitatief goede zorg te kunnen leveren, nog steeds actueel. Ook de stap naar doelmatige tarieven en daarmee houdbare ouderenzorg is meer dan ooit van belang. Dat maakt dat sommige onderdelen van de IV nog steeds relevant en bruikbaar blijven. Bijvoorbeeld bij de gevraagde 'herinterpretatie' van het Kwaliteitskader en bij de ontwikkeling van nieuwe kostenonderzoeken. Naast het feit dat we open willen zijn over de inhoudelijke doorontwikkeling van het afgelopen jaar is dit ook een reden om deze rapportage – ondanks het beleidsvoornemen – te publiceren.

Hieronder vatten we eerst de doorontwikkeling van de IV samen. Deze heeft in 2021 plaatsgevonden op de onderdelen model, datakwaliteit en administratieve lasten, kwaliteit, transparantie en handvatten voor leren en verbeteren. Vervolgens benoemen we onze conclusie.

Stappen van de doorontwikkeling: de verbeteringen in de IV

Op basis van de signalen uit de duiding met de sector in 2020 hebben we de modelkeuzes verfijnd. Deze modelverfijningen laten de methode beter aansluiten bij de praktijk. Bij de toepassing van het verfijnde model op de dataset uit de nulmeting zijn eerdere bevindingen bevestigd, zoals de grote verschillen tussen zorgaanbieders als het gaat om de inzet van zorgpersoneel. De gevoeligheidsanalyses bij de modelverfijningen laten zien dat veranderingen in de interpretatie van het Kwaliteitskader grote verschuivingen in kosten kunnen veroorzaken. Het aanpassen of nuanceren van keuzes, zoals bijvoorbeeld rond de personeelsnorm, heeft grote invloed op zowel microkosten (van zorgaanbieders) als macrokosten (van de sector). Daarmee hebben deze keuzes invloed op de tarieven. Wij hebben in de doorontwikkeling een methode uitgewerkt waarbij de IV naar tarieven wordt

vertaald. Daarmee kunnen ook de financiële effecten van de IV worden bepaald. Die methode kan gebruikt worden om inzichten te bieden op micro- en macroniveau wanneer voldaan is aan de volgende voorwaarden:

- De datakwaliteit is voldoende;
- De belangrijkste kwaliteitsvraagstukken en hun impact op de interpretatie van het Kwaliteitskader zijn verder uitgekristalliseerd;
- De IV is verder doorontwikkeld op het gebied van niet-beïnvloedbare factoren (het toevoegen van dit laatste onderdeel is slechts mogelijk als de eerste twee punten zijn opgelost).

We hebben het afgelopen jaar gewerkt aan deze drie voorwaarden. Daarnaast lag er voor de doorontwikkeling een taak bij VWS (met name bij het regelen van een wettelijke basis voor meer transparantie en een vraag uitzetten bij de stuurgroep kwaliteit over het inzichtelijk maken van kwaliteit) en een opdracht bij de sector (als het gaat om het inzichtelijk maken van de kwaliteit).

Rondom het verbeteren van de datakwaliteit hebben we dit jaar samengewerkt met Verstegen Accountants en Adviseurs, een organisatie die veel ervaring heeft met de administratie van zorgaanbieders in de (langdurige) zorg. Zij hebben een aantal adviezen opgeleverd, bijvoorbeeld over de aansluiting van de data-uitvraag bij de jaarrekening, of de manier waarop we data uitvragen. Waar passend verwerken we deze adviezen in ieder geval in toekomstige kostenonderzoeken. Het verhogen van datakwaliteit kan op gespannen voet staan met de roep om de administratieve lasten zo beperkt mogelijk te houden. Vanzelfsprekend hebben we hier oog voor, en zijn we dit jaar een traject gestart met het programma KIK-V om bedrijfsvoeringgegevens te koppelen. Een belangrijk doel van dit programma is om daarmee de administratieve lasten te beperken.

Om ervoor te zorgen dat tarieven niet te laag worden, willen we in voldoende mate weten of de zorgaanbieders waarop we het tarief baseren aan het Kwaliteitskader voldoen. Dat is belangrijk voor de sector. In ons advies eind 2020 concludeerden we dat dit inzicht (nog) niet te verkrijgen is. In de doorontwikkeling rondom kwaliteit hebben we gezien dat het mogelijk is om een koppeling te leggen tussen data-templates van zorgaanbieders en openbare bronnen zoals de rapporten van de IGJ of indicatoren uit de openbare dataset van het Zorginstituut. Als eerste stap zullen wij daarom in de toekomst, waar nodig en mogelijk, rekening houden met de toezichtmaatregelen die de IGJ heeft opgelegd. Concreet betekent dit dat de kosten van zorgaanbieders waarbij sprake is van een maatregel niet mee worden genomen in de berekening van de tarieven. Dit is echter een beperkte insteek als het gaat om kwaliteit (meer informatie hierover is weergegeven in hoofdstuk 3). Het blijft daarom van groot belang dat de sector dit vraagstuk verder oppakt. Gerelateerd hieraan staat in het coalitieakkoord genoemd dat onder regie van het Zorginstituut een doorontwikkeling van het Kwaliteitskader plaatsvindt. Het is bij deze doorontwikkeling belangrijk dat de kaders voldoende concreet worden ingevuld zodat we in staat zijn om daarmee passende tarieven vast te stellen.

Daarnaast hebben we gewerkt aan het ontwikkelen van handvatten ten behoeve van het leren en verbeteren voor zorgaanbieders, de zorginkoopdialoog en een vermindering van de ervaren complexiteit van het model. Adviesbureau SiRM heeft op ons verzoek onderzoek gedaan naar welke stappen we op dit gebied kunnen zetten. Op basis van het onderzoek concluderen we dat de IV concrete handvatten kan bieden voor leren en verbeteren en voor de zorginkoopdialoog als aan enkele voorwaarden is voldaan, waaronder inhoudelijke doorontwikkeling van de methodiek. De ervaren complexiteit kan verminderd worden door goede visualisaties en heldere toelichting op de resultaten. De implementatie van de genoemde adviezen vergt echter een forse inspanning van alle betrokken partijen. Voor een goed lopend leer- en verbeterproces zijn namelijk betere kostendata nodig met minder aannames. Daarnaast zijn duidelijke en goede definities van kwaliteitsverschillen als uitsluitingscriterium voor peers

nodig voor een betere meting van de efficiëntieverschillen. Op dit moment is nog onduidelijk of de voorgestelde acties tot het gewenste resultaat zullen leiden. De impact van deze inspanningen zal pas zichtbaar zijn na een vervolgmeting. Op het gebied van het vraagstuk rond de (niet-) beïnvloedbare factoren adviseert SiRM ons om een onderscheid te maken tussen beïnvloedbare en niet-beïnvloedbare factoren. Ook adviseert SiRM om een aangestelde commissie te gebruiken om dergelijke analyses (wel – niet beïnvloedbaar) te valideren. De beïnvloedbare factoren kunnen gebruikt worden voor leren en verbeteren. De niet-beïnvloedbare factoren worden dan onderdeel van de tariefregulering.

Voor tariefregulering en om het leren en verbeteren te faciliteren (en daarmee de doelen van de IV te halen) is het belangrijk om informatie van individuele zorgaanbieders uit het model te kunnen delen met anderen dan de zorgaanbieder zelf. Hiervoor is een wetwijziging nodig. Het afgelopen jaar is gebruikt om te specificeren welke gegevens op welk moment met wie gedeeld moeten worden. Onze inzichten hebben we gedeeld met ACM en VWS. De ACM heeft vanuit mededingingsperspectief verkennenderwijs aangegeven in beginsel geen grote bezwaren te zien voor de meeste van de toen gecommuniceerde variabelen. In veel gevallen betreft het namelijk geen concurrentiegevoelige informatie. Voor een mogelijk vervolg is het van belang om het iteratieve proces (rondom het delen van gegevens) in gezamenlijkheid met de ACM en VWS verder vorm te geven. Hierbij moet specifieke aandacht zijn voor asymmetrie van informatie, wederkerigheid en de onderhandelingspositie van zorgaanbieders en zorgkantoren.

Conclusie

De doorontwikkeling heeft laten zien dat het mogelijk is om de (methodiek van de) IV te verbeteren en om – na een vervolgmeting – het model stap voor stap robuuster te maken. Ondanks het beleidsvoornemen om de IV niet in te voeren, blijven verschillende onderdelen van de doorontwikkeling relevant en actueel, bijvoorbeeld voor toekomstige kostenonderzoeken en tariefherijkingen. Hierbij valt te denken aan de koppeling kwaliteit aan tariefregulering, het delen van gegevens, maar ook de datakwaliteit en de administratieve lasten.

Een belangrijke vervolgstap is nu eerst de in het coalitieakkoord genoemde doorontwikkeling van het Kwaliteitskader. De daarbij genoemde doelen (zoals het scherper definiëren van kwaliteit en transparantie daarover afdwingen) herkennen we en onderstrepen we op deze plaats. De afgelopen tijd zijn er immers meermaals vraagtekens geplaatst bij de houdbaarheid van het Kwaliteitskader, met name vanuit de optiek van de krapte op de arbeidsmarkt. Het is ook de vraag of de huidige scope van het Kwaliteitskader passend is. De verpleeghuiszorg is immers maar een klein deel van de ouderenzorg, en veel zorgaanbieders leveren ook zorg buiten het Kwaliteitskader, waarvoor een integrale benadering wenselijk is. We pakken graag onze rol om mee te denken met het Zorginstituut en de andere betrokken partijen.

Daarnaast richt het coalitieakkoord zich op thema's die de bekostiging en organisatie van ouderenzorg ook op andere manieren raken, zoals het scheiden van wonen en zorg en het overhevelen van behandeling van de Wlz naar de Zvw. Zoals ook in ons advies eind 2020 genoemd, onderschrijven we het belang van een brede kijk op en aanpak van de ouderenzorg. We hebben in dit advies benoemd dat de principes van passende zorg leidend moeten zijn. Deze wijzen onder andere op het belang van preventie en het voorkomen van (duurdere) zorg. Vertaling van dit uitgangspunt naar de ouderenzorg is cruciaal. We denken de komende periode graag mee en ondersteunen de Minister voor Langdurige Zorg en Sport door bijvoorbeeld het uitvoeren van analyses die behulpzaam zijn bij (de invulling van) bovengenoemde thema's. Het waarborgen van passende zorg voor ouderen staat daarbij centraal. Zodra de doorontwikkeling van het Kwaliteitskader en de voorgenomen andere maatregelen verder

vorm hebben gekregen, worden opnieuw vragen relevant als: wat betekent dit voor de kosten en het benodigde budget? Maar ook: op welke manier kunnen tarieven worden bepaald die passend zijn bij dit (vernieuwde) kader? Het ligt voor de hand om de resultaten en conclusies uit het ontwikkeltraject van de IV te betrekken bij het beantwoorden van deze vragen. De kennis die dit jaar is opgebouwd, zetten we daarmee graag in voor toekomstbestendige ouderenzorg.

Inleiding

We starten deze inleiding met de achtergrond en bedoeling van de IV. Vervolgens presenteren we een leeswijzer van dit document.

De achtergrond en bedoeling van de IV

Ongeveer 190.000 ouderen (dit is 6% van alle ouderen) ontvangt verpleeghuiszorg. Zij hebben een zware zorgvraag. De uitgaven aan deze zorg zijn daardoor fors: ongeveer 10 miljard euro per jaar. In 2017 heeft het Zorginstituut voor deze zorg het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg vastgesteld. Dit kader beschrijft welke kwaliteit de maatschappij van deze zorg mag verwachten. De NZa en het CPB berekenden dat vanwege de hogere eisen die het kader aan de personeelsbezetting stelt, meerkosten noodzakelijk zijn om de zorg volgens dit kader te kunnen bieden. Zij verwachtten dat de zorguitgaven met meer dan 2,5 miljard zouden toenemen, tenzij zorgaanbieders van verpleeghuiszorg efficiënter gaan werken. Wanneer zorgaanbieders hun bedrijfsvoering aanpassen, kunnen de meerkosten beperkt blijven tot 2,1 miljard (structureel). Uiteindelijk besloot de regering om 2,1 miljard euro structureel vrij te maken.

In de verpleeghuissector is er geen marktwerking die een efficiënte bedrijfsvoering stimuleert. Dit zou vanuit reguleringstheorie wel mogelijk zijn door ofwel het reguleren van zorgaanbieders ofwel te sturen op zorginkoop. In het Advies bekostiging verpleeghuizen schetsten wij waarom zorgkantoren in het huidige systeem niet goed doelmatige prijzen kunnen uit onderhandelen. Daarom speelt onze tariefregulering een belangrijke rol om de beweging naar meer kwaliteit en doelmatigheid te ondersteunen. In hetzelfde advies beschrijven we waar een goed tarief aan moet voldoen: dit moet niet te hoog zijn, maar ook niet te laag: het moet borgen dat goede zorg conform het Kwaliteitskader geleverd kan worden, tegen redelijke kosten. We schetsen dat de huidige tariefregulering verbeterd kan worden door onder andere meer rekening te houden met verschillen tussen zorgaanbieders. Er kunnen immers specifieke omstandigheden zijn waar zorgaanbieders geen invloed op hebben, maar die wel invloed hebben op de kostprijs. Zo bleek uit eerder onderzoek dat de locatienmerken zoals grootstedelijkheid of sociaaleconomische status van de wijk in relatie staan tot verschillen in verzuim van personeel van een zorgaanbieder. Hierdoor wordt het duurder om de zorg op sommige locaties te leveren in vergelijking tot andere locaties.

Op basis van deze argumentatie adviseerden wij in maart 2019 de Minister van VWS om een bekostiging voor de verpleeghuiszorg te ontwikkelen op basis van een IV waarbij we een relatie leggen tussen de kosten die zorgaanbieders maken en de kwaliteit die zij volgens het Kwaliteitskader moeten leveren. We gaven aan dat de ontwikkeling moest aansluiten bij de gezamenlijke uitgangspunten zoals door een groep zorgbestuurders, vertegenwoordigers van zorgkantoren en experts uit het veld geformuleerd in de visie samen voor waardevolle zorg. Naar aanleiding van dit advies heeft VWS in mei 2019 ons de opdracht gegeven om een IV te ontwikkelen, waarvoor bijbehorend plan van aanpak is opgeleverd. De Minister heeft daarbij een aantal randvoorwaarden meegegeven.

We zijn de ontwikkeling gestart met een nulmeting. De beschrijving en resultaten daarvan zijn in december 2020 opgeleverd middels het Advies Integrale vergelijking verpleeghuiszorg. In dit advies zijn de doelen van de nieuwe bekostiging geformuleerd als het stimuleren van kwaliteit, doelmatigheid en leren en verbeteren. Mede als gevolg van COVID-19 beschreven wij in dit advies om op basis van de reeds beschikbare dataset een doorontwikkeling uit te voeren in 2021, die aansluit bij integrale (passende) ouderenzorg. In reactie hierop heeft de Minister van VWS ons verzocht om deze doorontwikkeling conform ons advies uit te voeren.

Leeswijzer

Het vervolg van dit document bevat de beschrijving en resultaten van het doorontwikkeljaar (2021) van de IV. De doorontwikkeling heeft – conform ons Advies Integrale vergelijking verpleeghuiszorg -

plaatsgevonden op de onderwerpen model, datakwaliteit en administratieve lasten, kwaliteit, handvatten voor leren en verbeteren en transparantie. We onderscheiden daarom de volgende hoofdstukken:

- 1 Doorontwikkeling model
 - a. Verfijning model & vertaling naar tarief op hoofdlijnen
 - b. Stappenplan en een rekenvoorbeeld
 - c. Kwantitatieve analyses o.b.v. verfijning model
 - d. Technische toelichting
- 2 Datakwaliteit en administratieve lasten
 - a. Onderzoek verbetering datakwaliteit door Verstegen Accountants en Adviseurs
 - b. Aansluiting externe databronnen
- 3 Kwaliteit
 - a. Inleiding
 - b. Opties voor koppelen kwaliteit aan tariefregulering
 - c. Beschouwing
- 4 Handvatten t.b.v. leren en verbeteren
 - a. Achtergrond en aanleiding onderzoek
 - b. Doorontwikkeling van het DEA-model
 - c. Transparantie
 - d. Terugkoppeling
 - e. Proces
 - f. Toekomstperspectief
- 5 Transparantie
 - a. Inleiding
 - b. Gegevensdeling binnen de IV
 - c. Inhoud van de terugkoppelingen
 - d. Toekomstige uitwerking transparantie
- 6 Vooruitblik

Bijlages:

- 1 Advies Verstegen Accountants en Adviseurs
- 2 Rapport SiRM

1 Doorontwikkeling model



Samenvatting

Tijdens de nulmeting hebben we een eerste efficiency analyse uitgevoerd op basis van gegevens van zorgaanbieders over het boekjaar 2018. Voor deze analyse maakten we gebruik van een DEA-model. In de duidingsperiode van de nulmeting gaven zorgaanbieders aandachtspunten aan ons mee voor verbetering van het DEA-model. Op basis van deze signalen hebben we in het doorontwikkeljaar enkele onderdelen uit het model verfijnd. Ook hebben we op verzoek van veldpartijen een methode uitgewerkt om de resultaten te vertalen naar individuele tarieven. We passen dit verfijnde model en de methode van tariefvertaling toe op de dataset uit de nulmeting om op twee manieren meer inzicht te bieden.

Ten eerste ondersteunen onze resultaten de conclusie die we al eerder stelden bij de impactanalyse en bevestigd zagen na afloop van de nulmeting: er zijn grote verschillen tussen zorgaanbieders in de inzet van zorgpersoneel. Sommige zorgaanbieders waren in 2018 wat betreft personeelsformatie al bijna op het niveau van het Kwaliteitskader. Andere zorgaanbieders moesten nog veel verder ingroeien. Dit beeld blijft ook bestaan nadat we de norminzet verfijnen naar zorgzwaartemix verschillen.

Als tweede zien we dat veranderingen in de interpretatie van het Kwaliteitskader grote verschillen in kosten teweeg brengen. Bijvoorbeeld het aanpassen van de rol van leerlingen in de berekening van de bijschatting voor het Kwaliteitskader – tellen zij wel of niet mee als volwaardige formatie om goede zorg te kunnen leveren?– zorgt voor verschuivingen tot 3% op landelijk en tot 10% op individueel kostenniveau. Deze inzichten laten zien dat het aanpassen of nuanceren van de personeelsnorm die in het Kwaliteitskader is opgenomen, potentieel veel impact heeft op de macro uitgaven.

We hebben in het doorontwikkeljaar een methode voor tariefvertaling uitgewerkt die toegepast kan worden om individuele tarieven te bepalen. De methode is beperkt tot een technische uitwerking, exclusief beleidsdiscussies zoals het al dan niet meenemen van een vergoeding voor gedeerd rendement eigen vermogen (VGREV). Met deze uitwerking kunnen we inzichten bieden over individuele- en macro financiële effecten onder de volgende voorwaarden:

- De belangrijkste kwaliteitsvraagstukken en hun impact op de interpretatie van het Kwaliteitskader zijn verder uitgekristalliseerd.
- De datakwaliteit is voldoende.
- De IV is verder doorontwikkeld op het gebied van niet-beïnvloedbare factoren (het toevoegen van dit laatste onderdeel is echter alleen mogelijk als de eerste twee punten zijn opgelost).

Leeswijzer

In dit hoofdstuk nemen we u stapsgewijs mee in de toegepaste verfijning, de methode die we gebruikt hebben om de uitkomsten te vertalen naar tarieven, en de inzichten die de gegevens van de nulmeting bieden.

- Onderdeel A. *Verfijning model & vertaling naar tarief op hoofdlijnen* beschrijft de modelverfijningen en methode van tariefvertaling op hoofdlijnen.
- Onderdeel B. *Stappenplan en een rekenvoorbeeld* beschrijft het verfijnde model en de methode van tariefvertaling aan de hand van een rekenvoorbeeld. Dit document kan worden gezien als technische documentatie over de huidige stand van de methode.
- Onderdeel C. *Kwantitatieve analyses o.b.v. verfijnd model* beschrijft de kwantitatieve analyses die uitgevoerd zijn met het verfijnde model en de gegevens vanuit de nulmeting.
- Onderdeel D. *Technische toelichtingen* beschrijft enkele technische onderwerpen van stap 1 van het Stappenplan in meer technische detail.

A. Verfijning model & vertaling naar tarief op hoofdlijnen

In dit onderdeel beschrijven we de verfijningen van het model op hoofdlijnen en leggen we uit hoe we de uitkomsten van de DEA analyse hebben vertaald naar individuele tarieven. In de duiding hebben we vanuit het veld veel verbeter suggesties ontvangen, onder andere over het model. Op basis van deze signalen hebben we het model verder verfijnd. De signalen over het model zijn in te delen in de onderdelen: scope en vastgoed, bijschatting van de kosten voor het Kwaliteitskader, definitie productgroepen, vaststellen van een referentieset voor de analyse, en vertaling van de uitkomsten naar het tarief. We geven in de volgende paragrafen voor ieder onderdeel van het model aan hoe dit werd toegepast in de nulmeting en of, en zo ja hoe, we de verfijning hebben doorgevoerd in het doorontwikkeljaar. We beschrijven ook voor ieder onderdeel van het model welke stappen in de toekomst nog mogelijk zijn. In tabel 1.1 onderaan dit onderdeel staat een samenvatting.

Scope en vastgoed

Gebruik in de nulmeting

De meeste zorgaanbieders leveren zowel zorg die gerelateerd is aan het Kwaliteitskader (zzp en vpt VV4 t/m VV10) als aanverwante zorg, zoals bijvoorbeeld eerstelijnsverblijf of geriatrische revalidatie. Bij het vaststellen van de productiescope van het model hebben we bij de nulmeting zowel Kwaliteitskaderproductie als aanverwante productie als basis genomen. Wat betreft de kostenkant van het model, is er bij de nulmeting besloten om vastgoed niet mee te nemen. Voor overwegingen die hierbij een rol speelden, verwijzen we u naar het [advies integrale vergelijking verpleeghuiszorg](#).

Verfijning/toekomst

Tijdens de duidingsperiode werd het belang van een integrale benadering benadrukt zowel aan productiekant als aan de kostenkant. Partijen gaven de voorkeur aan voor een (nog) bredere productiescope en voor een model inclusief kapitaallasten. Om deze wensen te realiseren is het noodzakelijk om een landelijk beleid voor de gehele ouderenzorg te ontwikkelen. Zoals ook te lezen valt in het [advies integrale vergelijking verpleeghuiszorg](#) zijn er (politieke) keuzes nodig zoals bijvoorbeeld een uitspraak over de (toekomstige) positie van vastgoed in de Wlz. Aangezien die keuzes nog niet gemaakt waren tijdens het ontwikkeljaar, heeft er tijdens het ontwikkeljaar, op het gebied van de scope en vastgoed, geen verandering plaatsgevonden ten opzichte van de nulmeting. Wel werken we aan adviezen over passende ouderenzorg. Afhankelijk van het vervolg van de IV en politieke keuzes kan de scope van de IV in de toekomst aangepast worden. Op die manier kan het ontwikkeltraject van de IV goed op het beleid worden afgestemd. Op het gebied van vastgoed speelt daarnaast het vraagstuk van de standaardisatie van kapitaallasten, waarvan de haalbaarheid van nog onderzocht dient te worden. Zie hiervoor ook de toelichting op het onderwerp vastgoed in het vorige advies.

Bijschatting van de kosten voor het Kwaliteitskader

Door het meenemen van de bijschatting borgen we dat de tarieven die gebaseerd zullen worden op de meegenomen kosten daadwerkelijk genoeg zijn om kwalitatief goede zorg te kunnen leveren. Hiervoor is het bovendien van belang om ook een helderdere invulling te geven aan het begrip van kwalitatief goede zorg.

Gebruik in de nulmeting

De nulmeting vond plaats tijdens de ingroefase van het Kwaliteitskader. Tijdens deze fase waren de gemaakte personeelskosten van zorgaanbieders lager dan de kosten die daadwerkelijk nodig zijn om te

voldoen aan de personeelsnorm zoals gesteld in het Kwaliteitskader. In de nulmeting hebben we kosten bijgeschat om te zorgen dat de kosten in de analyse hoog genoeg zijn om kwalitatief goede zorg te kunnen leveren. Deze bijgeschatte kosten noemden we de 'bijschatting'. Deze bijschatting hangt af van de interpretatie van de personeelsnorm van het Kwaliteitskader. Tijdens de nulmeting hebben we bij het bepalen van de bijschatting:

- gebruik gemaakt van een uniforme personeelsnorm per cliënt voor alle zorgaanbieders, onafhankelijk van de zorgwaarde van de cliënten.
- de inzet van leerlingen en behandelaren niet meegenomen bij het bepalen van de personeelsinzet van een zorgaanbieder
- de inzet van vrijwilligers en mantelzorgers niet meegenomen bij het bepalen van de personeelsinzet van een zorgaanbieder

Zie onderdeel 1.D voor details over de berekening van de bijschatting zoals die gebruikt is in de nulmeting en de verfijningen van dit jaar. Deze verfijningen worden hieronder kort beschreven.

Verfijning

Zorgaanbieders gaven in de duidingsperiode aan dat zij de reden om kosten bij te schatten onderschreven. Daarnaast hebben zij suggesties gedaan om de bijschatting te verfijnen. Aan de hand van deze suggesties hebben wij in het verfijnde model de volgende keuzes gemaakt:

- We bepalen de personeelsnorm aan de hand van de geleverde zorgmix van een zorgaanbieder om zo rekening te houden met de zorgwaarde van cliënten. Bij deze verfijning gebruiken we de grondslag die toegepast is bij de toedeling van de kwaliteitsmiddelen in de tarieven. Dit is in lijn met het idee van een hogere benodigde inzet van middelen bij prestaties met intensievere verpleging en verzorging. Meer details over deze aanpassing en effecten daarvan zijn te vinden in onderdeel 1.D.
- We nemen behandelaren niet mee en we voeren gevoeligheidsanalyses uit over het wel/niet/gedeeltelijk meenemen van leerlingen. De redenen hiervoor worden genoemd in onderdeel 1.D.
- We nemen vrijwilligers en mantelzorgers niet mee. De redenen hiervoor zijn te vinden in onderdeel 1.D.

Toekomst

Bij een eventuele vervolgmeting zijn de extra middelen voor verbetering van de kwaliteit van de zorg volledig in de tarieven verwerkt. Hierdoor is het niet vanzelfsprekend meer om personeelskosten bij te schatten. Zorgaanbieders hebben dan immers de mogelijkheid gehad om met de kwaliteitsmiddelen de beoogde kwaliteitsverbeteringen door te voeren. We hebben echter geen garantie dat dit ook daadwerkelijk is gebeurd. In kwantitatieve analyses op basis van de nulmeting constateren we namelijk grote verschillen tussen zorgaanbieders wat betreft de ingroei van de formatie, wat suggereert dat sommige zorgaanbieders waarschijnlijk meer moe(s)ten ingroeien dan anderen. We illustreren dit punt in onderdeel 1.C.

Definitie productgroepen

Gebruik in de nulmeting

In de nulmeting hebben we de productie van zorgaanbieders ingedeeld in zes productgroepen. De zes productgroepen bestaan uit vier groepen met Kwaliteitskaderproductie (VV4, VV5 & VV6 met behandeling, VV5 & VV6 zonder behandeling, en VV7 t/m VV10) en twee groepen met niet-Kwaliteitskaderproductie (productie met verblijfscomponent en productie zonder verblijfscomponent). Voor de eerste vier productgroepen is de productie opgeteld met de generieke maximumtarieven van 2018 als optelgewichten. Voor de overige twee groepen is de productie gemeten aan de hand van de gerealiseerde omzet.

Verfijning

In het ontwikkeljaar hebben we alleen aanpassingen gedaan op de optelgewichten:

- Als optelgewicht gebruiken we de maximumtarieven en prijzen zonder vastgoedcomponent (NHC/NIC). Dit doen we omdat we ook bij de kostenkant alleen het zorgdeel (exclusief vastgoed) in beschouwing nemen, zie onderdeel 1.D voor technische details.
- We actualiseren de optelgewichten van de Kwaliteitskaderprestaties omdat de verhoudingen in tarieven van Kwaliteitskaderproductie na de herijking en ingroei van de kwaliteitsmiddelen anders liggen: voor de zorgprofielen VV4 t/m VV10 zijn namelijk per 1 januari 2021 de tarieven herijkt en per 1 januari 2022 zijn de kwaliteitsmiddelen volledig opgenomen in de tarieven. Dit doen we omdat dit tariefniveau meer in lijn is met de (bijgeschatte) zorgkosten die we aan de kostenkant meenemen.

Toekomst

Verschillende productgroepen representeren verschillende typen zorg die binnen de scope van de IV vallen. De verschillende productgroepen zijn zodanig gekozen dat de typen zorg (prestaties) horende bij een specifieke productgroep meer vergelijkbaar zijn binnen een productgroep, dan tussen de productgroepen. We werkten in het doorontwikkeljaar met de dataset uit de nulmeting (met onzekerheid rond thema's van de bijschatting en datakwaliteit), waardoor het nog te voorbarig is om verdiepende analyses te kunnen uitvoeren. Daarom hebben we geen substantiële verdiepende analyses gedaan met betrekking tot eventuele verfijningen op de indeling naar de productgroepen. Bovendien hangt deze indeling samen met de scope. Mocht die in de toekomst worden aangepast, dan hoort daarbij een mogelijke heroverweging van de productgroepen.

Referentieset en potentiële peers

De referentieset bestaat uit de zorgaanbieders die we meenemen in de tariefberekening. Zoals bij elk kostenonderzoek is het hierbij van belang dat de dataset zo goed mogelijk de benodigde kosten weergeeft. De algemene noodzakelijke voorwaarden voor de referentieset zijn daarom:

- De gegevens over productie en kosten van een zorgaanbieder zijn van voldoende kwaliteit.
- De kosten van een zorgaanbieder zijn representatief om zorg te kunnen leveren volgens het Kwaliteitskader.

Potentiele peers zijn zorgaanbieders uit de referentieset die we als peers voor anderen kunnen gebruiken. Hierbij kan het relevant zijn om strengere restricties op te leggen op potentiële peers, bijvoorbeeld om uitschieters of zorgaanbieders met een slechte beoordeling van de kwaliteit uit voorzorg uit te sluiten van de deelgroep van potentiële peers (zie hiervoor ook hoofdstuk 3). Deze (uitgesloten) zorgaanbieders doen dan wel mee aan de referentieset, maar ze worden niet gebruikt als potentiële peers voor zichzelf of voor anderen in individuele tariefberekeningen.

Gebruik in de nulmeting

In de nulmeting legden we het begrip van de referentieset uit. Hiervoor hebben we de twee bovenstaande noodzakelijke voorwaarden toegepast als volgt. Ten eerste, om te zorgen voor de gegevenskwaliteit, hebben we een aantal controles uitgevoerd op de aangeleverde gegevens om te controleren of zorgaanbieders aan de eerste voorwaarde voldeden. Het ging hier om controles die inconsistenties in het ingevulde template en onregelmatigheden in de aangeleverde kostendata identificeren. Meer details over de uitgevoerde controles zijn te vinden in onderdeel 1.D. Ten tweede, om te zorgen dat de kosten representatief zijn voor een goede kwaliteit van zorg, gebruikten we de bijschatting van de gemaakte kosten. Op deze manier zorgden we ervoor dat de zorgaanbieders in de referentieset aan beide voorwaarden voldoen. Al deze zorgaanbieders namen we mee in de DEA-analyse.

Verfijning

Bij het ontwikkelen van de vertaling naar het tarief hebben we nagedacht hoe we in de toekomst rekening kunnen houden met eventuele scherpere restricties op potentiële peers. Voorbeelden van zulke restricties zijn beoordelingen van de IGJ of restricties om ervoor te zorgen dat we de tarieven niet op zorgaanbieders baseren met bijzondere omstandigheden. De initiële voorwaarden van de referentieset zijn namelijk niet voldoende als we in de toekomst met dit soort restricties rekening moeten houden. Daarom hebben we de mogelijkheid van aanvullende voorwaarden voor peers ingebouwd in de vertaling. Op deze manier kunnen we zowel de referentieset zo breed mogelijk houden, als met aanvullende strengere criteria op peers rekening houden.

Om rekening te houden met eventuele strengere restricties op peers in de doorrekening van het model, hebben we voorlopig alleen gekeken welke aanvullende voorwaarden hier technisch gezien relevant kunnen zijn op basis van de DEA-literatuur. Meer details over voorlopige technische aanvullende voorwaarden die we in kwantitatieve analyses van dit jaar hebben toegepast zijn te vinden in onderdeel 1.D.

Toekomst

Tijdens de nulmeting en in het doorontwikkeljaar hebben we voorlopig enkele technische controles ingebouwd op de referentieset en aanvullend op potentiële peers. Het is echter wenselijk om deze te verfijnen en eventueel aan te vullen. Op deze manier zorg je ervoor dat er voldoende controles ingebouwd zijn op uiteindelijke peers om de kwaliteit van gegevens én van zorg te waarborgen. Het is belangrijk om dit proces, samen met zorgaanbieders en zorgkantoren, concreter te maken voordat we het toepassen.

Vertaling naar tarief

In de duidingsperiode gaven zorgaanbieders en zorgkantoren aan dat ze meer zekerheid willen hebben hoe de resultaten uit de IV gebruikt kunnen worden in de tariefregulering. Ook willen ze graag dat we de tarieven meer baseren op de te verwachten kosten in de toekomst, en minder op basis van de kosten die in het verleden gemaakt zijn. In het doorontwikkeljaar zijn we aan de slag gegaan met deze signalen.

Om rekening te houden met de verwachte kostentoeename bij de ingroei met betrekking tot de formatie personeel, hebben we al eerder de bijschatting in het model meegenomen. Aan de hand van het verfijnde DEA-model hebben we een stappenplan-methode ontwikkeld voor de vertaling van de DEA-uitkomsten naar het tarief. We lichten de stappen toe aan de hand van een rekenvoorbeeld. Dit stappenplan passen we daarnaast toe op de dataset van de nulmeting. Door middel van deze toepassing bieden we inzichten met betrekking tot de verschillen tussen zorgaanbieders wat betreft de verwachte kostentoeename bij de ingroei, en de factoren die van belang zijn om de methode te kunnen toepassen. Meer details hierover zijn te vinden in onderdelen 1.B en 1.C: Onderdeel 1.B biedt een gedetailleerde omschrijving van de volledige stappenplan-methode van de vertaling, inclusief een rekenvoorbeeld. Onderdeel 1.C bevat de uitkomsten van het toepassen van deze methode op de dataset van de nulmeting die bovengenoemde inzichten biedt.

Toekomst

Het is wenselijk om de zorgaanbieders te laten zien hoe deze berekeningen doorwerken op hun eigen gegevens, en een feedback daarop te ontvangen. Daarnaast willen we ook de impact van deze vertaling laten zien, op landelijk, regionaal en zorgaanbiedersniveau. Hiervoor is het wel noodzakelijk om een dataset te gebruiken met betere datakwaliteit.

Bovendien kan de DEA-methode gebruikt worden om zowel niet-beïnvloedbare en beïnvloedbare factoren in kaart te brengen op een structurele manier, zoals SiRM ook aangeeft in hun advies (zie hoofdstuk 4 van deze rapportage, waarbij ook een voorstel van factoren is opgenomen dat als startpunt kan dienen bij het opzetten van dat proces). De correctie voor de niet-beïnvloedbare factoren kan dan worden ingebouwd in de stappenplan-methode die we hierboven hebben beschreven. Ook hiervoor is een aanvullende analyse nodig op basis van actuelere en betere gegevens. Bovendien is het nodig om het hele proces rondom de bepaling van deze factoren vorm te geven, in samenwerking met de sector.

Tabel 1.1: Samenvatting per onderdeel van het model

Onderdeel	Nulmeting	Doorontwikkelaar 2021	Toekomst
Scope	Beperkt tot zzp & vpt VV4 t/m VV10 en aanverwante productie.	idem	Ontwikkeling visie passende ouderenzorg.
Vastgoed	Niet meegenomen	idem	Hangt samen met de ontwikkeling visie passende ouderenzorg. Verdiepend onderzoek naar de haalbaarheid van de uitbreiding.
Bijschatting voor Kwaliteitskader	Bijschatting op basis van uniforme personeelsnorm, exclusief behandelaars en leerlingen.	Correctie van de bijschatting voor de zorgmix; Overweging van mee te nemen personeelscategorieën, gevoeligheidsanalyse over leerlingen.	Noodzaak invulling begrip kwalitatief goede zorg; Noodzaak om te zorgen dat de zorgkosten hiervoor voldoende zijn; Pas nadat meerdere zorgaanbieders daaraan voldoen, hoeft de bijschatting niet meer worden toegepast.
Definitie productiegroepen	Indeling in zes productgroepen o.b.v. de input van de werkgroep 'Data en Model' .	Verfijning van de optel(gewichten) naar deze productgroepen.	Afhankelijk van de scope, heroverweging definitie productgroepen.
Referentieset en potentiële peers	Twee initiële voorwaarden op basis van controles op de data kwaliteit en representativiteit van de meegenomen kosten voor het Kwaliteitskader (door middel van de bijschatting); Uitschieters uitgesloten op technische criteria.	Toevoegen van de mogelijkheid van aanvullende (strengere) voorwaarden op potentiële peers.	Verfijning gebruikte criteria bij zowel initiële als aanvullende voorwaarden peers.
Vertaling naar tarief	Geen	Stappenplan voor de vertaling naar tarief; Doorrekening van dit stappenplan op de dataset van de nulmeting.	Doorrekening van de methode op een actuelere, betere dataset; Duiding van de uitkomsten met de sector; Doorontwikkeling van de IV op het gebied van niet-beïnvloedbare factoren.

B. Stappenplan en een rekenvoorbeeld

In dit onderdeel leggen we de volledige berekening achter de individuele tarieven uit. We doen dit door middel van een stappenplan van zes stappen. We beginnen met een overzicht van de stappen in sectie 1. In sectie 2 beschrijven we alle stappen per stap in meer detail, die we vervolgens door middel van een rekenvoorbeeld doorlopen in sectie 3.

Sectie 1: Overzicht van het stappenplan

De berekening die we hier presenteren gaat uit van een bandbreedtetarief: een combinatie van een individueel minimum- en maximumtarief. Hierbij beschrijven we de berekeningsstappen die we volgen om zowel minimum- als maximumtarieven te berekenen. Vanzelfsprekend kunnen deze stappen ook worden gebruikt om alleen een minimumtarief of alleen een maximumtarief te bepalen.

Onderstaand figuur laat de zes stappen zien die we uitvoeren om tot een individueel tarief te komen. Deze uitwerking betreft alleen het zorgdeel van het tarief. Hieronder lichten we het achterliggende idee bij deze stappen toe:

- In stap 1 bepalen we via de DEA-methode voor elke zorgaanbieder zijn peer(s). Dit kan één zorgaanbieder, of een groep van meerdere zorgaanbieders zijn. Ook kan het zijn dat een zorgaanbieder peer is voor zichzelf. De toegepaste DEA-methode geeft bij iedere peer ook een bijbehorend gewicht. Dit gewicht geeft aan hoeveel de peer meeweegt bij latere berekeningen. Een meer vergelijkbare peer heeft hierbij een hoger gewicht.
- In stap 2 bepalen we voor elke zorgaanbieder welk deel van zijn kosten toegerekend worden aan de Kwaliteitskaderproductie die hij levert. We splitsen dus de (zorg)kosten die we meenamen in het DEA-model naar een deel dat samenhangt met de geleverde Kwaliteitskaderproductie, en een deel naar de aanverwante productie. Alleen het eerste deel hebben we nodig in de verdere berekening.
- In stap 3 bepalen we minimumomzet per zorgaanbieder. Bij peers is die gelijk aan de afgesplitste kosten. Bij andere zorgaanbieders wordt de minimumomzet per zorgaanbieder berekend op basis van de minimumomzetten van zijn peers met de bijbehorende gewichten van deze peers uit stap 1.
- In stap 4 berekenen we een bandbreedte-percentages. Het bandbreedte-percentages geeft aan hoeveel ruimte er zit tussen het minimum- en maximumtarief, uitgedrukt als percentage van het maximumtarief. Dit percentages wordt berekend op macroniveau om de totale afgesplitste kosten uit stap 2 aan te sluiten bij de totale maximumomzet. Dit bandbreedte-percentages is voor alle zorgaanbieders gelijk. Daardoor heeft elke zorgaanbieder percentageel gezien dezelfde onderhandelingsruimte met het zorgkantoor.
- In stap 5 berekenen we vervolgens de maximumomzet per zorgaanbieder aan de hand van de minimumomzet uit stap 3 en het bandbreedte-percentages uit stap 4.
- In stap 6 vertalen we de minimumomzet en de maximumomzet van de zorgaanbieder naar een minimum- en maximumtarief per prestatie.

Figuur 1.1: Overzicht van het stappenplan



Sectie 2: Stappenplan per stap

In deze sectie wordt het volledige stappenplan per stap toegelicht.

Stap 1: Bepaling van peers en gewichten o.b.v. DEA

In stap 1 bepalen we de peers en de gewichten door middel van het uitvoeren van DEA. Hierbij gebruiken we een verfijnde versie van het DEA-model van de nulmeting. De meeste berekeningen in deze stap zijn daarom al eerder toegelicht in de individuele rapportages die zorgaanbieders hebben ontvangen tijdens de nulmeting. Hieronder leggen we deze informatie nogmaals uit zodat de volledige berekening achter de tarieven te volgen is. Vervolgens illustreren wij dit aan de hand van een rekenvoorbeeld aan het eind van deze sectie.

Vorbereidingen

Om het DEA-model te kunnen uitvoeren is het noodzakelijk om (1) de productie van alle zorgaanbieders in productgroepen onder te verdelen, (2) de kosten van alle zorgaanbieders in kaart te hebben, (3) te bepalen welke zorgaanbieders in de referentieset komen en (4) eventuele aanvullende voorwaarden op peers te bepalen. We lichten elk onderdeel toe.

(1) De productie van de zorgaanbieders wordt onderverdeeld in zes productgroepen:

Tabel 1.2: verdeling productgroepen

Productgroep	Productie van zorgaanbieders
Productgroep 1	Zzp/vpt 4
Productgroep 2	Zzp/vpt 5-6 incl. behandeling
Productgroep 3	Zzp/vpt 5-6 excl. Behandeling
Productgroep 4	Zzp/vpt 7-10
Productgroep 5	Niet Kwaliteitskader (verblijf)
Productgroep 6	Niet Kwaliteitskader (overig)

De eerste vier productgroepen zijn gelieerd aan Kwaliteitskaderproductie. Deze productie wordt gemeten aan de hand van de gestandaardiseerde omzet. Om de gestandaardiseerde omzet te berekenen, worden aantallen prestaties opgeteld met optelgewichten die voor alle zorgaanbieders hetzelfde zijn. Als optelgewichten gebruiken we het generieke maximumtarief (exclusief NHC/NIC). Meer details over optelgewichten en gestandaardiseerde omzet zijn te vinden in onderdelen 1.A en 1.C.

De overige twee productgroepen zijn gelieerd aan niet-Kwaliteitskaderproductie. Hiervan nemen we de productie gelijk aan de gerealiseerde omzetten. Omdat het DEA-model alleen over het zorgdeel van het tarief gaat, wordt hier de omzet meegenomen, exclusief de componenten NHC/NIC. De methode van deze uitsluiting, zoals die was toegepast tot nu toe, is te vinden in onderdeel 1.D.

(2) De kosten van de zorgaanbieders bestaan uit twee elementen:

- Gemaakte kosten
- Bijschatting

De gemaakte kosten baseren we op de aangeleverde gegevens van een zorgaanbieder. Hierbij nemen we de kosten van materiaal en personeel mee. We laten de kosten wat betreft vastgoed buiten beschouwing.

Naast de gemaakte kosten bepalen we ook personele meerkosten (de bijschatting) om te borgen dat de kosten die we meenemen in het model hoog genoeg zijn om de personeelseisen van het Kwaliteitskader te halen. Meer details over de bijschatting zijn te vinden in onderdelen 1.A en 1.D.

(3) We bepalen de referentieset.

Al deze zorgaanbieders worden meegenomen in de tariefberekening. We vinden dat potentiële peers aan twee initiële voorwaarden moeten voldoen:

- De gegevens over productie en kosten van een zorgaanbieder zijn van voldoende kwaliteit.
- De kosten van een zorgaanbieder zijn representatief om kwaliteit volgens het Kwaliteitskader te kunnen leveren.

(4) Eventueel aanvullende voorwaarden kunnen worden toegevoegd om potentiële peers binnen de referentiegroep te bepalen. Dit soort voorwaarden kunnen zowel om inhoudelijke redenen worden opgelegd – bijvoorbeeld op basis van beoordelingen van IGJ – of om andere redenen – bijvoorbeeld om uitschieters uit te sluiten. Onderdeel 1.D geeft voorbeelden van technische voorwaarden die we voorlopig gebruiken.

Uitvoering DEA-methode

We voeren de DEA-methode uit zodat voor elke zorgaanbieder de groep peers wordt bepaald met bijbehorende DEA-gewichten. Het idee van de DEA-methode is als volgt:

- Per zorgaanbieder bepaalt het model de mogelijke combinaties van zorgaanbieders die gezamenlijk minstens dezelfde productie leveren als de zorgaanbieder. Met deze gezamenlijke productie bedoelen we een gewogen som van de productie van deze zorgaanbieders, waarbij de zorgaanbieders met DEA-gewichten worden meegenomen.
- De kosten van de combinatie zijn dus gelijk aan een gewogen som van hun kosten met dezelfde gewichten. Deze combinaties bestaan uit de zorgaanbieder zelf, één andere zorgaanbieder of uit meerdere andere zorgaanbieders.
- Per zorgaanbieder wordt vervolgens de combinatie gekozen met de minste kosten. De zorgaanbieders uit deze combinatie zijn de peers van de zorgaanbieder. Omdat alle peers de eigen productie met de minste kosten leveren, zijn ze ook altijd hun eigen peer.

Bepaling (standaard)gewichten

De DEA-methode levert dus per zorgaanbieder zijn peers en hun DEA-gewichten op. Deze zijn afhankelijk van de grootte van peers. Daarom rekenen we de DEA-gewichten om naar (standaard)gewichten die onafhankelijk zijn van de grootte. Het (standaard)gewicht is gelijk aan de bijdrage van deze peer aan de productie van de combinatie. Een peer die meer bepalend is voor de uitkomsten (die 'dichterbij' de zorgaanbieder staat met betrekking tot zijn verpleeghuiszorgproductie) krijgt een hoger gewicht. Dit (standaard)gewicht wordt uitgedrukt als percentage van de gestandaardiseerde omzet van de combinatie. De gewichten tellen op tot 100%.

Stap 2: Splitsing kosten Kwaliteitskaderproductie

In stap 2 bepalen we de kosten die horen bij de Kwaliteitskaderproductie. We bepalen deze kosten voor alle zorgaanbieders. Bij stap 1 werkten we met de gezamenlijke kosten van zowel Kwaliteitskaderproductie als aanverwante productie. De kosten van aanverwante productie willen we hier uitsluiten.

Dit doen we als volgt: we berekenen eerst welk deel van de gerealiseerde omzet tot de Kwaliteitsproductie hoort. Dit percentage vermenigvuldigen we met de gemaakte kosten. De bijschatting wordt vervolgens volledig toegerekend aan de kosten Kwaliteitskaderproductie.

De benodigde gegevens zijn de gerealiseerde omzetten, de gemaakte gezamenlijke kosten van de Kwaliteitskader- en aanverwante productie en de bijschatting voor elke zorgaanbieder.

Na het uitvoeren van deze stap hebben we per zorgaanbieder de afgesplitste kosten van Kwaliteitskaderproductie (inclusief de bijschatting).

Stap 3: Berekening van de minimumomzet Kwaliteitskaderproductie

In stap 3 bepalen we de minimumomzet die elke zorgaanbieder nodig heeft om zorg te kunnen leveren die voldoet aan het Kwaliteitskader. De minimumomzet drukken we door middel van twee indicatoren uit:

- (1) minimumomzet (in euro);
- (2) minimumomzet ten opzichte van de gestandaardiseerde omzet.

Omdat de gestandaardiseerde omzet wordt berekend op basis van de huidige reguleringsystematiek, geeft indicator (2) aan in hoeverre de minimale kostprijs afwijkt van het gestandaardiseerde tarief. We

bepalen de minimumomzet voor elke zorgaanbieder. De manier waarop we de minimumomzet bepalen hangt af of de zorgaanbieder een peer is of niet. Eerst leggen we de berekening voor peers uit; en daarna gebruiken we indicator (2) van de peers om de berekening te kunnen doen voor niet-peers.

Zorgaanbieders – peers

Hier bepalen we eerst indicator (1) en vervolgens indicator (2). Dit doen we als volgt:

- De minimumomzet is, per definitie, gelijk aan de afgesplitste kosten van deze zorgaanbieders die we in de stap 2 bepaalden.
- We bepalen de minimumomzet ten opzichte van de gestandaardiseerde omzet door de minimumomzet te delen door de gestandaardiseerde omzet van die zorgaanbieder.

Zorgaanbieders – niet peers

Hier bepalen we eerst indicator (2), en daarna berekenen we indicator (1). Dit werkt als volgt:

- We bepalen de minimumomzet ten opzichte van de gestandaardiseerde omzet door de gewogen som te nemen van de indicator (2) van de peers. Deze gewogen som wordt berekend als volgt: voor elke peer, vermenigvuldigen we hun minimumomzet ten opzichte van de gestandaardiseerde omzet met hun gewichten uit stap 1. We tellen alle bedragen bij elkaar op.
- We bepalen de minimumomzet van de zorgaanbieder door de minimumomzet ten opzichte van de gestandaardiseerde omzet te vermenigvuldigen met zijn eigen gestandaardiseerde omzet.

Stap 4: Berekening van het bandbreedte-percentag

In stap 4 bepalen we het bandbreedte-percentag, een generiek percentag dat hetzelfde is voor alle zorgaanbieders. De bandbreedte wordt berekend als percentag verschil tussen de maximum- en minimumomzet op totaalniveau, en wordt hier uitgedrukt als percentag van de maximumomzet. Dat betekent dat de totale minimumomzet gelijk is aan de totale maximumomzet vermenigvuldigd met (1-bandbreedte-percentag).

Berekening

$$\text{Bandbreedte-percentag} = (\text{maximumomzet} - \text{minimumomzet}) / \text{maximumomzet} \\ = 1 - \text{minimumomzet} / \text{maximumomzet}.$$

Hiervan volgt dat $\text{minimumomzet} = \text{maximumomzet} * (1 - \text{bandbreedte-percentag})$.

Voor de berekening van het bandbreedte-percentag hebben we dus de maximumomzet en minimumomzet van alle zorgaanbieders uit de referentieset nodig:

- De totale maximumomzet van alle zorgaanbieders is per definitie gelijk aan de totale afgesplitste kosten van de Kwaliteitskaderproductie, zoals we in stap 2 beschrijven.
- De totale minimumomzet van alle zorgaanbieders is berekend op basis van stap 3.

Stap 5: Berekening van de maximumomzet Kwaliteitskaderproductie

In stap 5 bepalen we de maximumomzet voor de Kwaliteitskaderproductie. Hiervoor hebben we het bandbreedte-percentag nodig en de minimumomzet (ten opzichte van de gestandaardiseerde omzet). We drukken de maximumomzet op twee manieren uit:

- Maximumomzet (in euro).
- Maximumomzet ten opzichte van de gestandaardiseerde omzet

We bepalen beide begrippen door de minimumomzet (ten opzichte van de gestandaardiseerde omzet) uit stap 3 te delen door (1 - het bandbreedte-percentag uit stap 4).

Stap 6: Vertaling naar een tarief per prestatie

In stap 6 bepalen we hoe we de minimum- en maximumomzet (ten opzichte van de gestandaardiseerde omzet) uit stappen 3 en 5 kunnen vertalen naar een maximum- en minimumtarief IV per prestatie voor de zorgproducten VV4-VV10. Hieronder bespreken we dit voor het minimumtarief IV, maar vanzelfsprekend kan deze stap ook worden gebruikt om een maximumtarief IV te bepalen. Ook het vraagstuk, op welk niveau deze vertaling moet plaatsvinden, speelt hierbij een rol, bijvoorbeeld: locatieniveau, NZa-nummer-niveau, regio-niveau, concernniveau. Op dit soort vraagstukken gaan we hier voorlopig nog niet in.

De bijbehorende minimumtarieven IV per prestatie kunnen op verschillende manieren worden berekend. We bespreken hier één van de verschillende manieren. Hierbij worden eerst gemiddelde relatieve verhoudingen tussen prestaties vastgesteld; en vervolgens gebruiken we die relatieve verhoudingen om de minimumomzet naar het minimumtarief om te rekenen. De relatieve verhoudingen tussen prestaties zijn op verschillende manieren te bepalen, bijvoorbeeld op basis van een kostenonderzoek of op basis van de uitkomsten van de IV. In sectie 3 laten we een rekenvoorbeeld zien hoe de verhoudingen tussen prestaties kunnen worden geactualiseerd op basis van de uitkomsten van de IV.

Merk op dat dit minimumtarief IV alleen over het zorgdeel gaat van het integrale tarief. Het integrale minimumtarief wordt vervolgens berekend als som van het zorgdeel en kapitaaldeel. Dit gebeurt nu ook in de huidige regulering. (Daarnaast worden ook indexaties toegepast naar het actuele prijspeil waarvoor het tarief bedoeld is.)

Tot slot

Dit stappenplan laat op hoofdlijnen de volledige vertaling zien naar het (minimum- en maximum-)tarief IV. Bij het toepassen van deze vertaling is nog aanvullend onderzoek nodig over eventuele relevante niet-beïnvloedbare factoren, om het niet-beïnvloedbare kostenverschil op een consistente wijze te kunnen bepalen. Dit kan vervolgens aan de vertaling worden toegevoegd. Dit onderdeel zien we als een belangrijke aanvulling op de toekomstige ontwikkeling van deze methode. Deze verdiepingsslag is echter pas mogelijk wanneer de datakwaliteit (sector-breed) voldoende is en de kwaliteitsnormen van het Kwaliteitskader duidelijk worden. De huidige onzekerheid over deze thema's kan deze analyse namelijk sterk beïnvloeden.

Sectie 3: Rekenvoorbeeld

In dit rekenvoorbeeld lopen we het stappenplan ter illustratie per stap door.

Voor dit rekenvoorbeeld nemen we aan dat we aan vier zorgaanbieders gegevens hebben uitgevraagd. Deze zorgaanbieders noemen we Xantippe, Anna, Bernard en Ypsilon. Voor de leesbaarheid van de berekeningen noemen we deze zorgaanbieders hierna "Zorgaanbieder X", "Zorgaanbieder A", "Zorgaanbieder B" en "Zorgaanbieder Y".

Stap 1: Bepaling van peers en gewichten o.b.v. DEA

Vorbereidingen

Onderstaande figuur (1.2) laat zien hoe de productie en kosten van deze fictieve zorgaanbieders verdeeld zijn. We nemen aan dat alle vier zorgaanbieders voldoen aan de benodigde voorwaarden om potentieel peer te worden; en dus deelnemen aan de referentieset.

Figuur 1.2: Stap 1: bepaling van peers en gewichten o.b.v. DEA - voorbereidingen

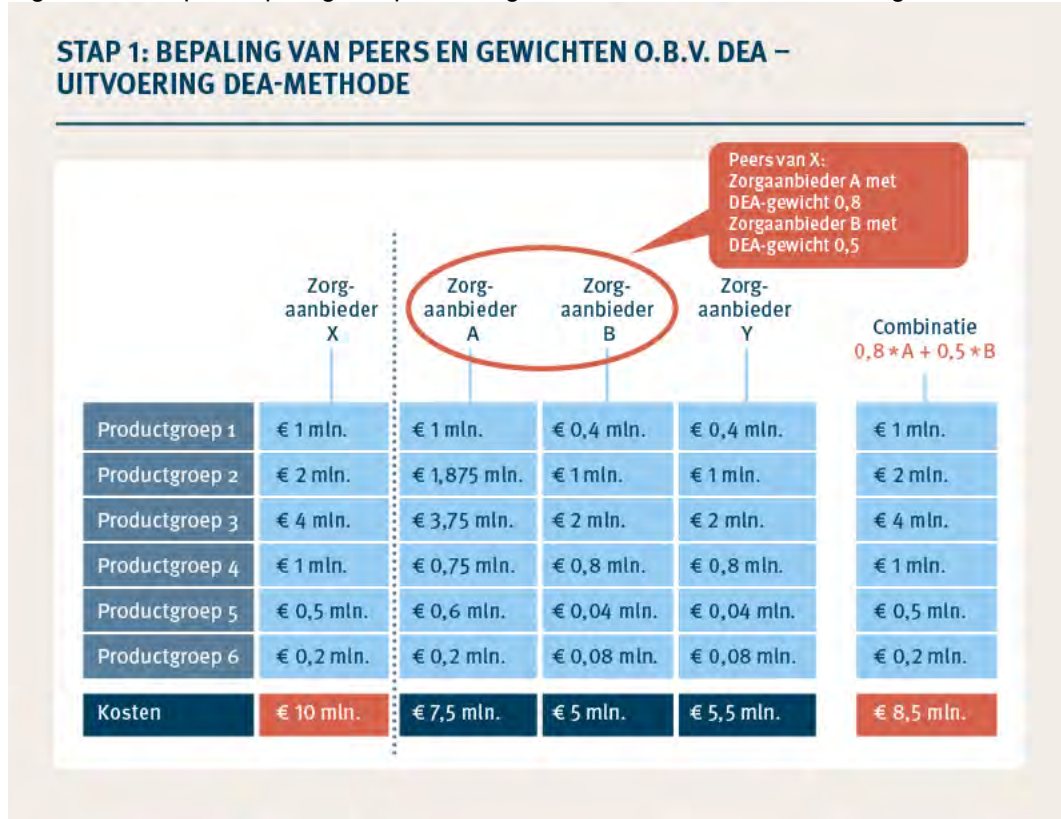
STAP 1: BEPALING VAN PEERS EN GEWICHTEN O.B.V. DEA – VOORBEREIDINGEN

	Zorg-aanbieder X	Zorg-aanbieder A	Zorg-aanbieder B	Zorg-aanbieder Y	
Productgroep 1	€ 1 mln.	€ 1 mln.	€ 0,4 mln.	€ 0,4 mln.	Gestandaardiseerde omzet productie kwaliteitskader
Productgroep 2	€ 2 mln.	€ 1,875 mln.	€ 1 mln.	€ 1 mln.	
Productgroep 3	€ 4 mln.	€ 3,75 mln.	€ 2 mln.	€ 2 mln.	
Productgroep 4	€ 1 mln.	€ 0,75 mln.	€ 0,8 mln.	€ 0,8 mln.	
Productgroep 5	€ 0,5 mln.	€ 0,6 mln.	€ 0,04 mln.	€ 0,04 mln.	Gerealiseerde omzet productie niet-kwaliteitskader
Productgroep 6	€ 0,2 mln.	€ 0,2 mln.	€ 0,08 mln.	€ 0,08 mln.	
Gemaakte kosten	€ 9 mln.	€ 6 mln.	€ 3 mln.	€ 4,5 mln.	Kosten
Bijschatting	€ 1 mln.	€ 1,5 mln.	€ 2 mln.	€ 1 mln.	

Uitvoering DEA-methode

Voor alle vier zorgaanbieders voeren we de DEA-methode uit. Deze uitvoering levert per zorgaanbieder de peergroep op, met bijbehorende DEA-gewichten. De peergroep (inclusief de bijbehorende gewichten van de peers) van een zorgaanbieder wordt zo bepaald dat de 'combinatie' - een gewogen som met deze gewichten - dezelfde productie met de minste kosten kan leveren.

Figuur 1.3: Stap 1: bepaling van peers en gewichten o.b.v. DEA – uitvoering DEA-methode



In bovenstaand figuur (1.3) laten we deze uitvoering in meer detail zien voor zorgaanbieder X. Voor zorgaanbieder X bepaalt de DEA-methode combinaties die minstens dezelfde productie leveren. In dit voorbeeld zijn er twee relevante mogelijkheden: als we 0.8 keer de omzet van zorgaanbieder A nemen en 0.5 de omzet van zorgaanbieder B, dan levert deze combinatie precies de productie van zorgaanbieder X. Een andere combinatie die dezelfde productie oplevert, is 0.8 keer zorgaanbieder A en 0.5 zorgaanbieder Y.

- We bepalen de bijbehorende kosten voor deze combinaties. Voor de combinatie $0,8 * A$ en $0,5 * B$ zijn de kosten 8.5 miljoen en voor de combinatie $0,8 * A$ en $0,5 * Y$ komen we uit op 8.75 miljoen.
- De combinatie met de minste kosten is de combinatie van $0,8 * A$ en $0,5 * B$. Deze kosten zijn lager dan de kosten van zorgaanbieder X (10 miljoen). Dus vormen de zorgaanbieders A en B de peers voor zorgaanbieder X met bijbehorende DEA-gewichten van 0.8 voor A en 0.5 voor B.

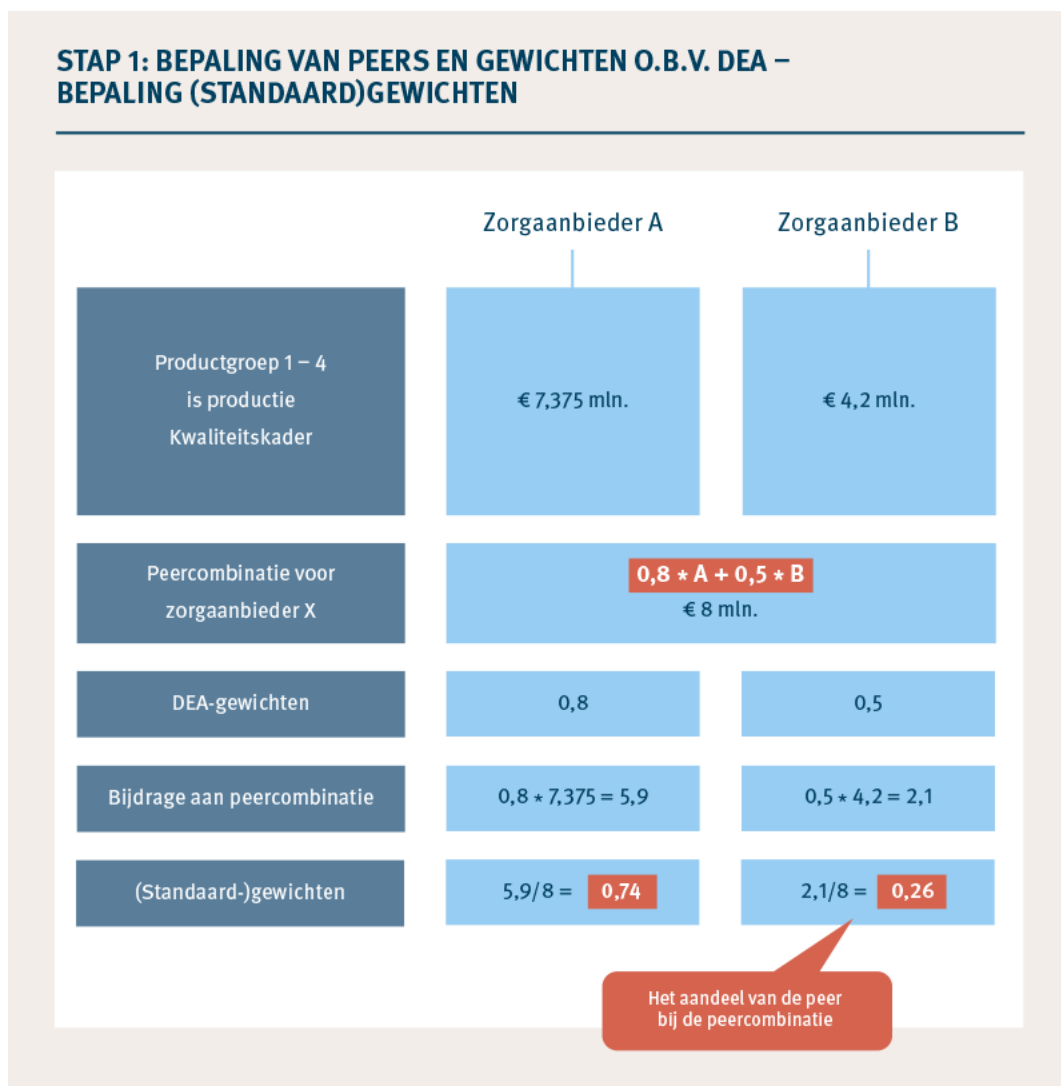
Ook voor de andere drie zorgaanbieders zijn de peers bepaald. Hieruit volgt dat zorgaanbieders A en B hun eigen peer zijn. Zorgaanbieder Y heeft één peer, namelijk zorgaanbieder B, met een DEA-gewicht van 1.

Bepaling (standaard)gewichten

Voor elke zorgaanbieder zijn de peers en bijbehorende DEA-gewichten nu bekend. Deze zijn afhankelijk van de grootte van de peer. Hier bepalen we de bijbehorende (standaard)gewichten die onafhankelijk zijn van de schaalgrootte. Deze (standaard)gewichten bepalen hoe belangrijk de peer wordt bij de berekening van het tarief van de zorgaanbieder. Wanneer we het verder in het document over “gewichten” hebben, dan bedoelen we hiermee deze (standaard)gewichten. Het rekenvoorbeeld passen we toe op zorgaanbieder X:

- Voor elke peer, A en B, vermenigvuldigen we hun gestandaardiseerde omzet Kwaliteitskader met hun DEA-gewicht. Hiermee bepalen we de bijdrage die elke peer levert aan de productie van de combinatie van peers.
- We delen deze bijdrage van elke peer door de gestandaardiseerde omzet van zorgaanbieder X. Hiermee bepalen we het aandeel van deze peer in deze peer combinatie. Dit aandeel is gelijk aan het gewicht van de peer.

Figuur 1.4: Stap 1: bepaling van peers en gewichten o.b.v. DEA – bepaling (standaard)gewichten



Stap 2: Splitsing kosten Kwaliteitskaderproductie

Voor alle vier zorgaanbieders bepalen we de kosten die horen bij de Kwaliteitskaderproductie. De (fictieve) gegevens die we daarvoor nodig hebben, zijn te vinden in onderstaande tabel. De eerste drie rijen met gegevens halen we uit de aangeleverde data en de bijschatting komt uit onze eigen berekeningen op basis van aangeleverde data. Let op: de eerste regel van deze tabel hadden we in stap 1 nog niet, omdat we daar de ‘gestandaardiseerde omzet’ gebruikten van de Kwaliteitskaderproductie. In deze stap gebruiken we echter de gerealiseerde omzet Kwaliteitskaderproductie. De andere regels van deze tabel zijn al ter sprake gekomen in stap 1. De tweede regel is namelijk gelijk aan de som van de gerealiseerde omzetten van productgroepen 5 en 6. De laatste twee regels vormen gezamenlijk de kosten, zie ook figuur 1.2.

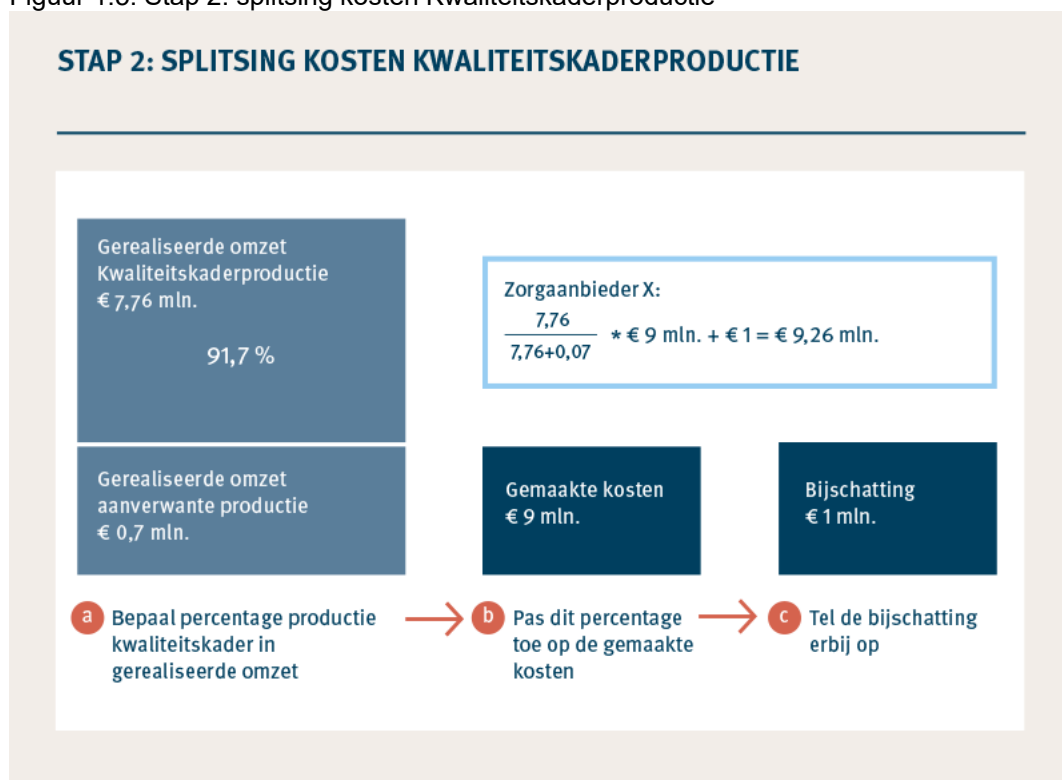
Tabel 1.3: Stap 2 – gegevens

	Zorgaanbieder X	Zorgaanbieder A	Zorgaanbieder B	Zorgaanbieder Y
Gerealiseerde omzet Kwaliteitskaderproductie	€ 7,76 mln.	€ 7,12 mln.	€ 4,03 mln.	€ 4,01 mln.
Gerealiseerde omzet aanverwante productie	€ 0,7 mln.	€ 0,8 mln.	€ 0,12 mln.	€ 0,12 mln.
Gemaakte kosten	€ 9 mln.	€ 6 mln.	€ 3 mln.	€ 4,5 mln.
Bijschatting	€ 1 mln.	€ 1,5 mln.	€ 2 mln.	€ 1 mln.

We passen het rekenvoorbeeld toe op zorgaanbieder X:

Op basis van de gerealiseerde omzetten berekenen we het percentage van de Kwaliteitskaderproductie in de totale omzet als $7,76/(7,76 + 0,7) \cdot 100\% = 91,7\%$. Dit percentage passen we toe op de gemaakte kosten en we tellen de bijschatting erbij op.

Figuur 1.5: Stap 2: splitsing kosten Kwaliteitskaderproductie



Op dezelfde manier bereken we de kosten productie Kwaliteitskader voor de overige drie zorgaanbieders. Onderstaande tabel geeft de resultaten weer.

Tabel 1.4: Stap 2 - uitkomsten

	Zorgaanbieder X	Zorgaanbieder A	Zorgaanbieder B	Zorgaanbieder Y	Totaal sector
Afgesplitste kosten Kwaliteitskader-productie	€ 9,26 mln.	€ 6,89 mln.	€ 4,91 mln.	€ 5,37 mln.	€ 26,43 mln. (= 9,26 + 6,89 + 4,91 + 5,37)

Stap 3: berekening van de minimumomzet Kwaliteitskaderproductie

Zorgaanbieders – peers

We passen een rekenvoorbeeld eerst toe voor zorgaanbieder A, die een peer is:

- De minimumomzet is gelijk aan de afgesplitste kosten. Uit de tabel hierboven volgt dan dat deze kosten gelijk zijn aan € 6,89 miljoen.
- Zorgaanbieder A heeft een gestandaardiseerde omzet van € 7,375 miljoen. De minimumomzet ten opzichte van de gestandaardiseerde omzet is dus gelijk aan € 6,89 miljoen / € 7,375 miljoen = 0,935. Dit betekent dus dat de minimale kostprijs voor zorgaanbieder A lager is dan het gestandaardiseerde tarief.

Zorgaanbieders – niet peers

We passen een rekenvoorbeeld toe voor zorgaanbieder X, die geen peer is.

- Hiervoor gebruiken we de volgende gegevens. De peers van zorgaanbieder X zijn zorgaanbieder A (met gewicht 0,74 en minimumomzet ten opzichte van de gestandaardiseerde omzet 0,935) en zorgaanbieder B (met gewicht 0,26 en minimumomzet ten opzichte van de gestandaardiseerde omzet 1,170: deze laatste wordt berekend volgens dezelfde methode als voor peer A). De eigen gestandaardiseerde omzet van zorgaanbieder X is € 8 miljoen.
- We bepalen de minimumomzet ten opzichte van de gestandaardiseerde omzet voor zorgaanbieder X met de volgende som: $0,74 * 0,935 + 0,26 * 1,170 = 0,996$.
- We bepalen de minimumomzet van zorgaanbieder X door 0.996 te vermenigvuldigen met € 8 miljoen, waarmee we dus op € 7,97 miljoen op uitkomen.

Op dezelfde manier bereken we de minimumomzet (t.o.v. gestandaardiseerde omzet) voor zorgaanbieders B en Y. Onderstaande tabel geeft de resultaten weer.

Tabel 1.5: Stap 3 - uitkomsten

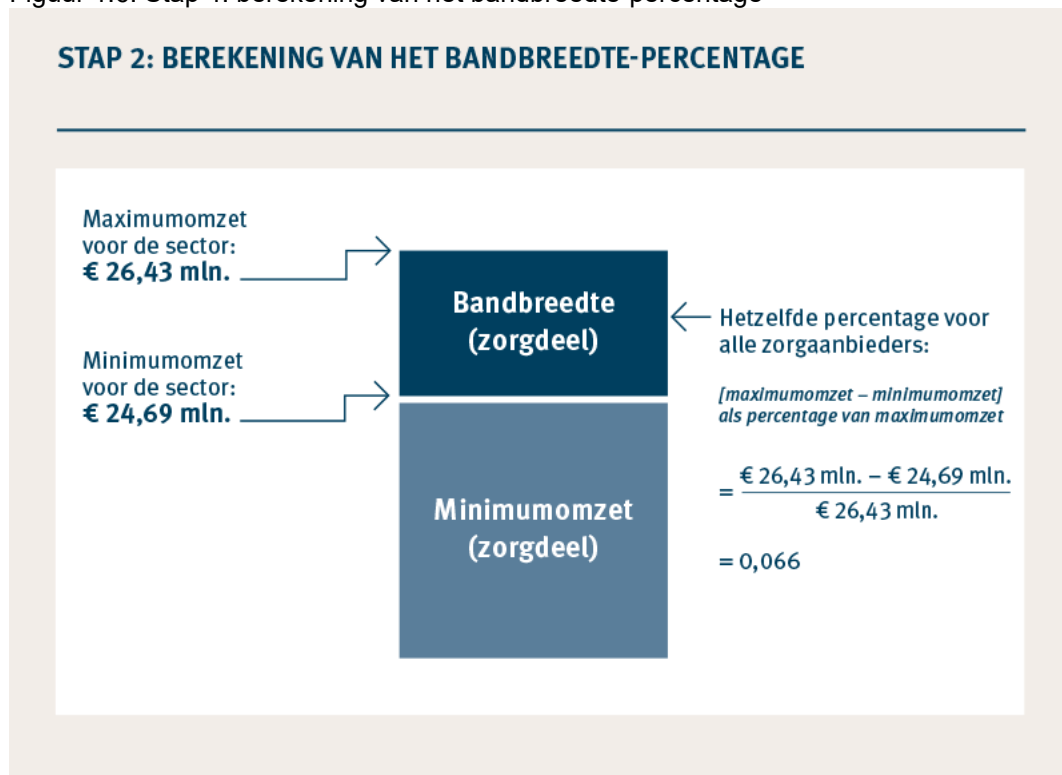
	Zorgaanbieder X	Zorgaanbieder A	Zorgaanbieder B	Zorgaanbieder Y	Totaal sector
Minimumomzet	€ 7,97 mln.	€ 6,89 mln.	€ 4,91 mln.	€ 4,91 mln.	€ 24,69 mln. (= 7,97 + 6,89 + 4,91 + 4,91)
Minimumomzet t.o.v. gestand. Omzet	0,996	0,935	1,170	1,170	

Stap 4: berekening van het bandbreedte-percentages

We bepalen het bandbreedte-percentages voor de vier fictieve zorgaanbieders uit ons voorbeeld.

Hiervoor gebruiken we de totalen uit de tabellen 1.4 en 1.5. Deze totalen geven respectievelijk de totale maximumomzet van de sector en de minimumomzet van de sector weer. We nemen het verschil tussen de maximumomzet en minimumomzet en delen dit door de maximumomzet. In het voorbeeld is dat gelijk aan $(€ 26,43 \text{ mln.} - € 24,69 \text{ mln.}) / € 26,43 \text{ mln.} = 0,066$.

Figuur 1.6: Stap 4: berekening van het bandbreedte-percentag



Stap 5: berekening van de maximumomzet Kwaliteitskaderproductie

We bepalen de maximumomzet (ten opzichte van de gestandaardiseerde omzet) voor zorgaanbieder X. Uit de vorige stap berekenden we het bandbreedte-percentag van 6,6%, als percentage van de maximumomzet. De indicatoren van de minimumomzet (ten opzichte van de gestandaardiseerde omzet) berekenden we in stap 3; deze indicatoren zijn respectievelijk € 7,97 miljoen en 0,996.

- De maximumomzet van zorgaanbieder X is gelijk aan $7,97 / (1-0,066) = 8,53$ miljoen.
- De maximumomzet ten opzichte van de gestandaardiseerde omzet is gelijk aan $0,996 / (1-0,066) = 1,066$. Dit betekent dus dat de maximumomzet voor zorgaanbieder X hoger ligt dan de gestandaardiseerde omzet.

Op dezelfde manier berekenen we de maximumomzet (t.o.v. gestandaardiseerde omzet) voor de overige drie zorgaanbieders. Onderstaande tabel geeft de resultaten weer.

Tabel 1.6: Stap 5 - uitkomsten

	Zorgaanbieder X	Zorgaanbieder A	Zorgaanbieder B	Zorgaanbieder Y
Maximumomzet IV	€ 8,53 mln.	€ 7,38 mln.	€ 5,26 mln.	€ 5,26 mln.
Maximumomzet IV t.o.v. gestandaardiseerde omzet	1,067	1,001	1,252	1,252

Stap 6: vertaling naar een tarief per prestatie

In stap 6 vertalen we de minimum- en maximumomzet naar een minimum- en maximumtarief per prestatie. Zoals in sectie 2 is uitgelegd kan stap 6 op meerdere manieren worden uitgevoerd.

In dit rekenvoorbeeld laten we één manier zien. Deze manier maakt gebruik van informatie uit de IV. Bij deze manier worden de relatieve verhoudingen tussen tariefprestaties vastgesteld op basis van een geactualiseerd gestandaardiseerd tarief.

In onderstaand rekenvoorbeeld leggen we uit hoe een actualisatie van het gestandaardiseerde tarief binnen het model uitgevoerd kan worden. Om de uitleg overzichtelijk te houden, bekijken we alleen productgroep 1 (van de vier productgroepen van Kwaliteitskaderproductie in ons DEA-model: zie stap 1). Bovendien nemen we aan dat de vier zorgaanbieders in ons voorbeeld twee prestaties uit deze productgroep leveren. We noemen die prestatie 1 en prestatie 2. Bij alle andere prestaties werkt de berekening namelijk op dezelfde manier.

In onderstaande tabel (1.7) laten we gegevens zien die we in deze berekening nodig hebben. De eerste rij toont de (fictieve) gestandaardiseerde omzet van productgroep 1 per zorgaanbieder, en op totaalniveau. De gegevens komen overeen met de gegevens uit figuur 1.2. De twee volgende rijen laten de (fictieve) uitsplitsing zien van deze gestandaardiseerde omzet naar de twee prestaties.

De tweede kolom laat voor beide prestaties een (fictieve) waarde zien van het onderliggende gestandaardiseerde tarief (ofwel het initiële maximumtarief, zorgdeel, waarmee we begonnen). De laatste regel van de tabel, bevat de uitkomsten van stap 5: 'maximumomzet ten opzichte van gestandaardiseerde omzet'.

Tabel 1.7: Stap 6 - gegevens

	Gestand. tarief initieel per prestatie (aanname)	Zorgaanbieder X	Zorgaanbieder A	Zorgaanbieder B	Zorgaanbieder Y	Totaal
Totaal product-groep1 in stap 1		€ 1 mln.	€ 1 mln.	€ 0,4 mln.	€ 0,4 mln.	€ 2,8 mln.
Prestatie1	€ 80	€ 0,8 mln.	€ 0,4 mln.	€ 0,2 mln.	€ 0,4 mln.	€ 1,8 mln.
Prestatie2	€ 100	€ 0,2 mln.	€ 0,6 mln.	€ 0,2 mln.	0	€ 1 mln.
Maximum-omzet t.o.v. gestand. omzet uit stap 5		1,067	1,001	1,252	1,252	

We gebruiken de gestandaardiseerde omzetten per prestatie en de 'maximumomzet t.o.v. de gestandaardiseerde omzet' uit voorgaande tabel (1.7) om de maximumomzetten per prestatie te berekenen. Onderstaande tabel (1.8) laat de uitkomsten zien, waarbij de laatste kolom het nieuwe totaal bevat.

Tabel 1.8: Stap 6 - tussenuitkomsten

	Zorgaanbieder X	Zorgaanbieder A	Zorgaanbieder B	Zorgaanbieder Y	Totaal
Prestatie 1	€ 0,8 mln. x 1,067	€ 0,4 mln. x 1,001	€ 0,2 mln. x 1,252	€ 0,4 mln. x 1,252	€ 2,005 mln.
Prestatie 2	€ 0,2 mln. x 1,067	€ 0,6 mln. x 1,001	€ 0,2 mln. x 1,252	0	€ 1,064 mln.

Vervolgens gebruiken we de kolom 'Totaal' uit bovenstaande twee tabellen (1.7 en 1.8), en het (fictieve) gestandaardiseerd tarief initieel uit tabel 1.7, om per prestatie een geactualiseerd gestandaardiseerd tarief te berekenen.

Tabel 1.9: Stap 6 - Uitkomsten

	Totaal gestandaardiseerde omzet	Totaal maximumomzet	Initieel gestandaardiseerd tarief	Geactualiseerd gestandaardiseerd tarief
Prestatie 1	€ 1,8 mln.	€ 2,005 mln.	€ 80	$€ 80 * € 2,005 \text{ mln.} / € 1,8 \text{ mln.} = € 89,11$
Prestatie 2	€ 1 mln.	€ 1,064 mln.	€ 100	$€ 100 * € 1,064 \text{ mln.} / € 1 \text{ mln.} = € 106,41$

Voor alle andere prestaties doen we dezelfde berekening. Dit geactualiseerde gestandaardiseerde tarief kan worden gebruikt om vaste verhoudingen tussen prestaties vast te stellen. Op basis van deze verhoudingen kan vervolgens het individuele tarief van elke zorgaanbieder worden berekend.

C. Kwantitatieve analyses o.b.v. verfijnd model

Inleiding

Een van de wensen van partijen voor het doorontwikkeljaar was het krijgen van inzicht in de financiële impact van de IV op micro, regionaal en macro niveau. Idealiter zouden we in deze analyses antwoord willen geven op vragen zoals “Valt het tarief IV hoger of lager uit in vergelijking met het huidige generieke maximumtarief?” en “Hoe groot is de bandbreedte?”. Daarnaast zouden we ook inzichten willen verschaffen over verschillen tussen én binnen regio’s.

Het geven van eenduidige antwoorden op deze vragen op basis van de dataset van de nulmeting is echter niet vanzelfsprekend. Samen met deze wensen op het gebied van financiële impact, bestond immers ook de wens om het model te verfijnen op specifieke onderdelen. Omdat verfijningen in het model tot verschuivingen in de resultaten kunnen leiden, hebben we eerst een gevoeligheidsanalyse uitgevoerd. Met deze gevoeligheidsanalyse brengen we het effect in kaart van een belangrijke modelverfijning, namelijk de aanpassing van de aannames over de inzet van leerlingen (zie ook onderdeel 1.A). De resultaten laten zien dat deze wijziging voor grote verschuivingen in (bijgeschatte) kosten van zorgaanbieders zorgt. Dit leidt weer tot grote verschuivingen in de uitkomsten van de tariefvertaling. Deze verschuiving is potentieel niet de enige die kan voorkomen vanwege verfijningen aan de interpretatie van de kwaliteit. In hoofdstuk 3 van deze rapportage concluderen we namelijk dat de belangrijkste kwaliteitsvraagstukken en hun impact op de interpretatie van het Kwaliteitskader nog niet zijn uitgekristalliseerd. Deze andere effecten kunnen we helaas op dit moment niet zonder aanvullende gegevens onderzoeken.

De bevinding van de huidige gevoeligheidsanalyse, in combinatie met de beperkingen die optreden als gevolg van de data beschikbaarheid, datakwaliteit én het gegeven dat het model nog verder ontwikkeld moet worden op het gebied van niet beïnvloedbare factoren, maakt dat we nog geen conclusies kunnen trekken over de financiële impact. We beperken dit onderdeel daarom tot de resultaten van de gevoeligheidsanalyse.

Scenario’s van de gevoeligheidsanalyse

In de nulmeting was de personeelsnorm van het Kwaliteitskader geïnterpreteerd als exclusief behandelaars en leerlingen. Op basis van signalen van zorgaanbieders hebben we deze keuze heroverwogen (zie onderdelen 1.A en 1.D voor meer details). Vanwege deze heroverweging is het relevant om te kijken naar het effect van het meenemen van leerlingen in het verfijnde model. De inzet van leerlingen in de zorg voor cliënten verschilt echter per type leerling en dus per zorgaanbieder. Omdat we op dit moment alleen het totaal aantal leerlingen per zorgaanbieder weten, terwijl de gegevens over de feitelijke inzet van leerlingen onbekend zijn, maken we in deze analyse gebruik van drie scenario’s: leerlingen tellen voor 100%, 50% of 0% mee als personeel in de berekening voor de bijschatting.

Leeswijzer

Hierna beschrijven we eerst het effect van deze scenario’s over de inzet van leerlingen op de bijgeschatte kosten van zorgaanbieders. Daarna onderzoeken we het effect van deze scenario’s op het tarief.

In deze analyse bouwen we voort op onderdeel 1.B hierboven (hierna: 'Stappenplan') en we gebruiken de referentieset van de nulmeting, beschreven in het [advies integrale vergelijking verpleeghuiszorg](#).

Gevoeligheid van de kosten van zorgaanbieders voor aannames over de inzet van leerlingen

In eerste instantie willen we meer inzicht krijgen in de grootte van de (verfijnde) bijschatting die we in de vervolganalyses meenemen. Dit onder verschillende aannames over de inzet van leerlingen. Om de bijschatting tussen zorgaanbieders te kunnen vergelijken, wordt de bijschatting uitgedrukt als percentage van de (gestandaardiseerde) omzet.

De gestandaardiseerde omzet die we hiervoor gebruiken, is gelijk aan de maximumomzet die de zorgaanbieders in 2018 maximaal hadden kunnen ontvangen als zowel de herijking als de volledige kwaliteitsmiddelen al in 2018 in de maximumtarieven van 2018 waren verwerkt.

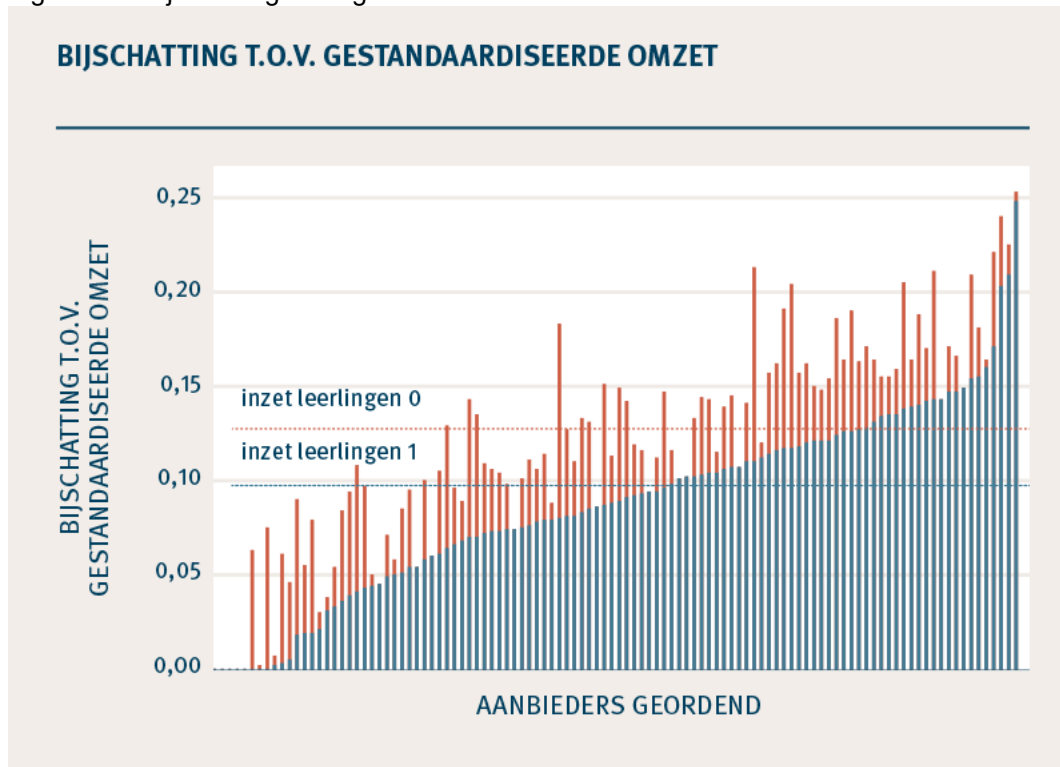
De gestandaardiseerde omzet wordt berekend met volumes 2018 en het gestandaardiseerde tarief. Als gestandaardiseerd tarief in deze berekening gebruiken we de som van het indicatieve tarief 2021 en toeslag 2021 gepubliceerd door de NZa (zie NZa (2019) BR/REG 21118b: Bijlage 4), geïndiceerd naar prijspeil 2018. Alleen het zorgdeel van de tarieven en kosten is meegenomen in alle berekeningen. Het vastgoeddeel is niet meegenomen.

Figuur 1.7 laat de grootte van de bijschatting zien als percentage van de gestandaardiseerde omzet. De figuur toont de twee meest extreme scenario's over de inzet van leerlingen voor de verpleeghuiszorg: 1 en 0, ofwel leerlingen worden volledig (100%) of niet (0%) meegerekend als het personeel in de berekening voor de bijschatting. Bij het middelste scenario – met de inzet van leerlingen 0,5 – zit de bijschatting precies in het midden tussen de scenario's 1 en 0. We laten het scenario van 0,5 echter niet zien om dit figuur niet onnodig druk te maken.

In het blauw laten we het percentage bijschatting zien als leerlingen volledig worden meegenomen (inzet leerlingen 1). De X-as laat de zorgaanbieders zien, geordend naar dit percentage. In het rood laten we het verschil zien met het scenario waarbij leerlingen niet worden meegenomen (inzet leerlingen 0). De twee horizontale lijnen (blauw en rood) laten de bijbehorende landelijk gemiddelde waarden zien voor beide scenario's.

Het percentage bijschatting verschilt sterk tussen zorgaanbieders en varieert tussen 0% en 25% van de gestandaardiseerde omzet. De gemiddelde waarde ligt rond de 10% van de gestandaardiseerde omzet. De aanname over leerlingen heeft een zeer groot effect op bijschatting: voor sommige individuele zorgaanbieders wordt de bijschatting twee keer zo klein als we leerlingen volledig meenemen t.o.v. de aanname van de nulmeting (leerlingen niet meenemen). Gemiddeld gezien is het verschil tussen de bijschatting in de twee scenario's gelijk aan 3% van de gestandaardiseerde omzet.

Figuur 1.7: Bijschatting t.o.v. gestandaardiseerde omzet



Gevoeligheid van de beoogde tarieven voor aannames over de inzet van leerlingen

In deze paragraaf onderzoeken we het effect van verschillende scenario's in de modelverfijning op de vertaling naar het tarief. Zoals eerder genoemd, is de berekening beperkt tot het zorgdeel; vastgoed is in deze analyse niet meegenomen.

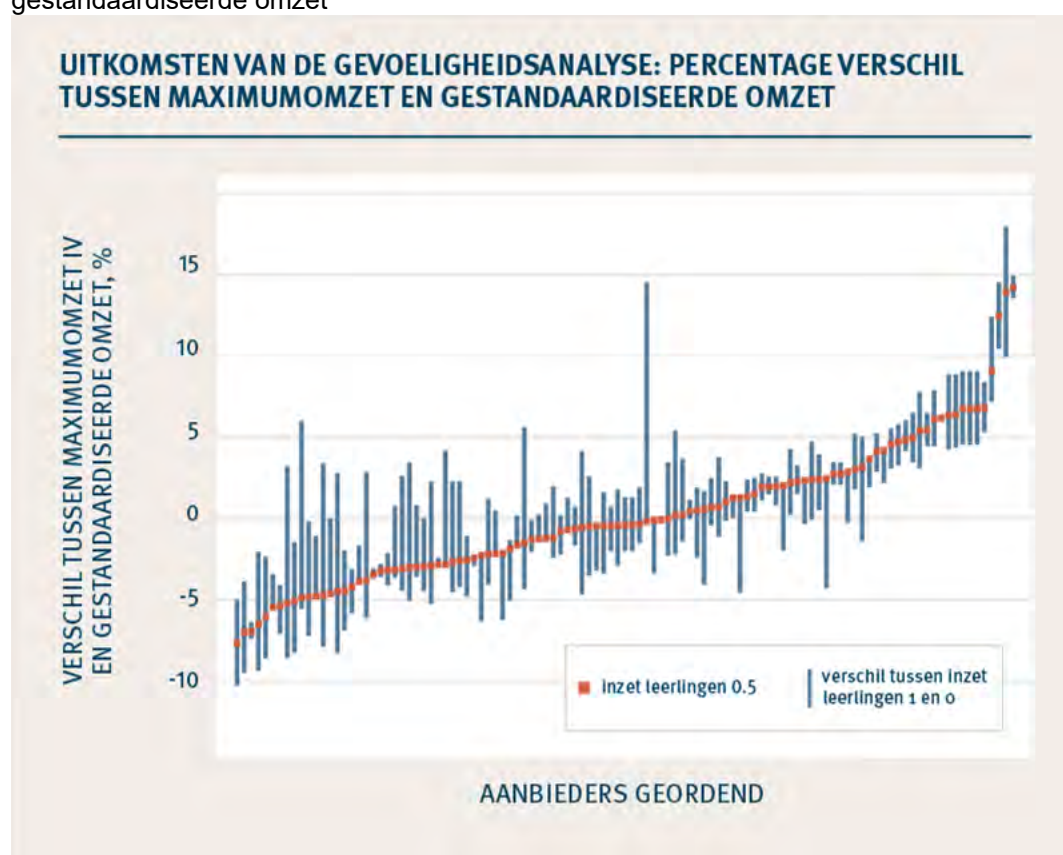
Deze onderzoeksvraag benaderen we door middel van de indicator 'maximumomzet IV t.o.v. gestandaardiseerde omzet' op zorgaanbiedersniveau. Deze indicator laat de verhouding zien tussen deze twee omzetten. De 'maximumomzet IV' is namelijk gelijk aan de maximumomzet van de productie VV4 t/m VV10 in de berekening van de IV; en de 'gestandaardiseerde omzet' is gelijk aan de maximumomzet die wordt berekend met de data van 2018, maar omgerekend naar de huidige tariefreguleringsystematiek, zoals uitgelegd in de vorige sectie. Het percentageverschil tussen de maximumomzet IV en de gestandaardiseerde omzet geeft daarom inzicht in het effect van de IV op het maximumtarief. Voor meer uitleg zie het Stappenplan in onderdeel 1.B.

Figuur 1.8 laat het percentageverschil zien tussen de maximumomzet IV en de gestandaardiseerde omzet op zorgaanbiedersniveau. Het middelste scenario waarbij leerlingen voor 50% worden meegenomen (bij alle zorgaanbieders tegelijkertijd), wordt weergegeven door middel van rode stipjes. Op de X-as zijn zorgaanbieders geordend naar deze waarden. De grenzen van de blauwe segmenten laten zien hoe de uitkomsten veranderen als we de scenario's van het meenemen van leerlingen 1 (100% meenemen) en 0 (niet meenemen) (bij alle zorgaanbieders tegelijkertijd) bekijken. Deze segmenten geven inzicht in de mate van de onzekerheid die ontstaat, puur en alleen door onbekende data over de inzet leerlingen.

Positieve (negatieve) waarden op de y-as van dit figuur betekenen dat het maximumtarief IV hoger (lager) uitkomt dan het generiek maximumtarief in de huidige systematiek. Deze afwijking loopt op tot 6 á 7%, op enkele uitzonderingen aan de rechterkant na. Deze hoge waarden kunnen vooralsnog ontstaan door een beperkte dataset van deze analyse. Daardoor hebben we nog niet bij elke zorgmix voldoende datapunten om passende peers te kunnen vinden. Door weinig data punten kunnen we dit nog niet verder onderzoeken.

Daarnaast zien we aan de blauwe segmenten dat de uitkomsten gevoelig zijn voor de aanname over het meenemen van leerlingen. Alleen deze aanname kan op individueel niveau al een verschuiving van 5% veroorzaken; soms zelfs van 10%. We vinden het dus te voorbarig om aan de hand van deze uitkomsten meer genuanceerde conclusies te trekken over de effecten van de IV ten opzichte van de huidige regulering.

Figuur 1.8: Uitkomsten van de gevoeligheidsanalyse: percentage verschil tussen maximumomzet en gestandaardiseerde omzet



Voetnoot bij dit figuur: Deze uitkomsten betreffen alleen het zorgdeel van de omzetten.

Conclusie

In bovenstaande gevoeligheidsanalyses van de aanname over leerlingen constateren we het volgende:

- De bijschatting is een groot percentage van de gestandaardiseerde omzet. Bovendien varieert dit sterk tussen zorgaanbieders: sommige zorgaanbieders waren in 2018 wat betreft formatie al bijna op het niveau van het Kwaliteitskader, en andere zorgaanbieders moesten nog veel verder ingroeien.
- De aanname over leerlingen heeft een groot effect op de bijschatting: tot 3% op landelijk niveau en tot 10% op individueel niveau.

- Alleen deze aanname kan op individueel niveau al een substantiële verschuiving veroorzaken in de uitkomsten van de vertaling.

Het is daarnaast van belang om te realiseren dat de uitkomsten op zorgaanbiedersniveau in het algemeen in een sterkere mate worden beïnvloed door de datakwaliteit dan de uitkomsten op totaalniveau. Beïnvloeding vindt ook plaats door het feit dat de dataset van de nulmeting nog relatief klein is, waardoor we nog niet voor elke zorgaanbieder goed passende peers kunnen vinden. Bovendien is er meer onderzoek nodig naar de correctie voor niet-beïnvloedbare factoren (die op zorgaanbiedersniveau een sterk effect kunnen hebben, maar in de huidige ontwikkelfase van de data en de methode nog niet uitgewerkt zijn). Om deze redenen hebben de uitkomsten op zorgaanbiedersniveau feitelijk een nog grotere onzekerheidsmarge. Ook daarom zijn de uitkomsten die we in dit onderdeel technisch gezien kunnen berekenen, nog voorlopig. We vinden het dus te voorbarig om aan de hand van deze uitkomsten meer genuanceerde conclusies te trekken over de effecten van de IV ten opzichte van de huidige regulering.

D. Technische toelichtingen

Dit onderdeel bevat technische toelichtingen over enkele onderdelen die een rol spelen binnen stap 1 van het stappenplan (onderdeel 1.B).

De nulmeting kan worden gezien als een eerste aanzet van stap 1. In de terugkoppelingen van de nulmeting legden we deze technische onderdelen uit. Omdat er dit doorontwikkeljaar verfijningen zijn doorgevoerd op deze onderdelen, kiezen we ervoor om de uitleg hier nog een keer te geven. Op deze manier ontstaat een overzicht van technische details (vanuit zowel nulmeting als doorontwikkeling).

De volgende technische onderdelen komen aan de orde:

- Sectie 1: Methode bijschatting
- Sectie 2: Methode uitsluiting vastgoed-component
- Sectie 3: Referentieset en aanvullende voorwaarden op potentiële peers

Sectie 1: Methode bijschatting

Hieronder leggen we de berekeningsmethode van de bijschatting uit. We leggen ook uit welke verfijningen we in 2021 gedaan hebben. Deze verfijningen betreffen een correctie voor de zorgmix en heroverweging over het wel/niet/gedeeltelijk meenemen van behandelaars en/of leerlingen.

Berekeningsmethode

Deze methode volgt uit de [impactanalyse verpleeghuiszorg 2017](#) en is in detail beschreven in de tweede terugkoppeling van de nulmeting. De bijschatting wordt berekend volgens onderstaande formule:

$$\text{Bijschatting} = (\text{Benodigde FTE} - \text{beschikbare FTE}) * \text{salaris}$$

Waarbij:

Salaris = zorgaanbieder-specifieke salaris van een standardmix personeel. De aanname over de standardmix is als volgt: niveaus 2,3,4 in proporties 2:2:1, waarbij we onze eerdere impactanalyse

volgen. De achterliggende gedachte is dat dit ongeveer de kosten zijn van nieuwe inhuur. Het verschil is dus alleen dat we het zorgaanbieder-specifieke salaris willen gebruiken.

Benodigde FTE = (benodigde inzet zorguren op jaarbasis) / (aantal zorguren dat 1 FTE kan leveren op jaarbasis)

- 'Benodigde inzet zorguren op jaarbasis' = (aantal verblijfsdagen VV4-VV10) * 4,5 uren. De 'norm' 4.5 volgt uit de eerdere impactanalyse. Deze norm vertegenwoordigt een gemiddelde inzet van zorguren per cliënt bij de groepsgrootte van 8 cliënten en een werkrooster waarbij twee personeelsleden beschikbaar zijn tijdens de dag-uren.
- 'Aantal zorguren dat 1 FTE kan leveren op jaarbasis' = (1872 uren totaal) * (aandeel zorguren binnen werkuren) = 1872 * (1 - 0.14 vakanties - 0.02 opleiding – zorgaanbieder-specifiek ziekteverzuimpercentage). Deze formule komt uit de eerdere impactanalyse, behalve dat we de zorgaanbieder-specifiek ziekteverzuim gebruiken ipv landelijk gemiddeld ziekteverzuim.

Beschikbare FTE = (aantal beschikbare FTE uit tabblad Kwaliteitsbudget in de template)

Voor de toepassing van deze methode gebruiken we de gegevens uit het tabblad Kwaliteitsbudget uit de data-template. Hierin wordt per categorie personeel het aantal FTE en gemiddelde salaris gegeven. We gebruiken ook het ziekteverzuimpercentage uit tabblad Algemeen van de template. Verder gebruiken we de hierboven beschreven parameters uit onze eerdere impactanalyse.

Bij de nulmeting is de bovenstaande methode bij deze gegevens toegepast. Dat is slechts anders in enkele gevallen van missende of niet bruikbare individuele cijfers. Bij de nulmeting is dat laatste praktisch opgelost door met een landelijk gemiddelde te werken, hoewel we bij de meeste zorgaanbieders wel hun eigen data gebruikten.

In 2021 voerden we twee verfijningen uit. Deze beïnvloeden de Benodigde FTE en Beschikbare FTE als volgt:

Benodigde FTE: In 2021 gebruiken we een gewogen aantal verblijfsdagen in plaats van het (ongewogen) aantal verblijfsdagen dat we in de nulmeting gebruikten. Gewogen aantal verblijfsdagen is berekend als som over prestatiecodes van (zorgzwaarte-coëfficiënt prestatie * aantal prestaties). De gebruikte zorgzwaarte-coëfficiënten zijn te vinden in de paragraaf 'correctie voor de zorgmix' hieronder.

Beschikbare FTE: In de nulmeting zijn noch behandelaars noch leerlingen meegenomen. In 2021 zijn behandelaars niet meegenomen, maar hebben we een gevoeligheidsanalyse over het effect van het wel/niet/gedeeltelijk meenemen van leerlingen uitgevoerd. Voor meer detail zie de paragraaf 'overwegingen bij het meenemen van aanvullende personeelscategorieën' verder in dit stuk.

Correctie voor de zorgmix

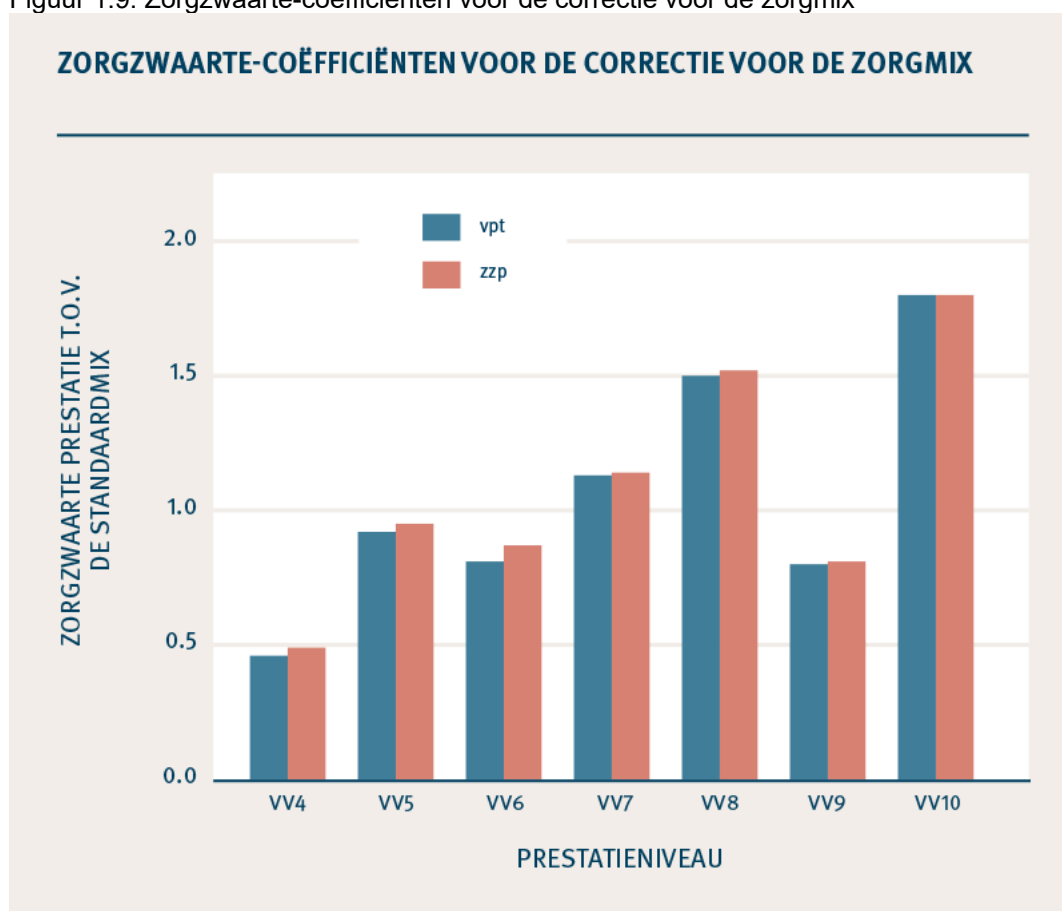
De nulmeting begon met een versimpelde methode, passend bij de start van zo'n ontwikkelproces. Hierbij is uitgegaan van de (generieke) behoefte van 4,5 zorguren per verblijfsdag. De parameter 4,5 zorguren is overgenomen uit de eerdere impactanalyse verpleeghuiszorg 2017 en wordt generiek toegepast op alle Kwaliteitskaderprestaties VV4 t/m VV10. Uit de praktijk weten we echter dat de benodigde personeelsinzet met de zorgzwaarte samenhangt; het ligt daarom voor de hand om hiervoor te corrigeren. In de praktijk – met ingang per 1 januari 2022 – worden de kwaliteitsmiddelen in de tarieven verwerkt op basis van een bepaalde grondslag. We gebruiken daarom deze grondslag als basis voor de correctie voor de zorgmix-verschillen.

De grondslag voor de toedeling van de kwaliteitsmiddelen is gelijk aan gemiddelde zorgkosten exclusief behandeling op basis van het kostenonderzoek 2017 (zie voor meer informatie p.10, bijlage 4, BR/REG 21118b, NZa, 2019).

De correctie voor de zorgmix wordt uitgevoerd met behulp van zorgzwaarte-coëfficiënten per prestatie. Deze coëfficiënten drukken de zorgzwaarte van elke prestatie uit ten opzichte van een bepaalde 'standaardmix' van prestaties. Als standaardmix gebruiken we een prestatiemix bestaande uit 75% zzp5 en 25% zzp7. Deze standaardmix was namelijk ook in onze eerdere impactanalyse gebruikt, waarvan ook de aanname van 4,5 zorguren per verblijfsdag was overgenomen. Deze zorgmix lag ten grondslag van de impactanalyse verpleeghuiszorg 2017. De zorgzwaarte van de standaardmix zetten we op 1. Vervolgens gebruiken we de grondslag voor de toedeling van de kwaliteitsmiddelen per prestatie (hierna: 'grondslag') om de zorgzwaarte-coëfficiënten van verschillende prestaties ten opzichte van de standaardmix te berekenen volgens deze formule: $\text{zorgzwaarte-coëfficiënt prestatie} = \frac{\text{grondslag prestatie}}{(0.75 \text{ grondslag zzp5} + 0.25 \text{ grondslag zzp7})}$. In andere woorden: deze coëfficiënt is gelijk aan een ratio van de grondslag van prestatie tot de grondslag van de standaardmix.

Onderstaand figuur (1.9) laat zien hoe zwaar elke prestatie 'weegt' ten opzichte van de standaardmix. Op de X-as laten we zorgindicatie-niveaus zien: VV4 t/m VV10; de twee kleuren staan voor types prestaties: 'zzp' en 'vpt'. Hier maken we geen aanvullend onderscheid tussen prestaties met behandeling en zonder behandeling, omdat deze dezelfde grondslag hebben voor toedeling kwaliteitsmiddelen. Op de Y-as staat de zorgzwaarte van afzonderlijke prestaties ten opzichte van de standaardmix. Bijvoorbeeld, het is te zien dat de zorgzwaarte van prestaties VV5 kleiner is dan 1 en van prestaties VV7 hoger dan 1.

Figuur 1.9: Zorgzwaarte-coëfficiënten voor de correctie voor de zorgmix



Deze correctie-coëfficiënten gebruiken we vervolgens in de formule van de bijschatting om de bijschatting voor de zorgzwaarte te corrigeren. Deze correctie kan zowel een verhogend als een verlagend effect hebben op de bijschatting van een zorgaanbieder. Meestal gaat de bijschatting echter door deze correctie omlaag in vergelijking met de initiële berekening uit de nulmeting. Dit komt doordat de zorgmix van de meeste zorgaanbieders een lagere zorgzwaarte heeft dan de standaardmix. Op landelijk niveau gaat de bijschatting hierdoor omlaag in vergelijking met de uitkomsten uit de nulmeting.

Overwegingen bij het meenemen van aanvullende personeelscategorieën

In de nulmeting zijn behandelaars en leerlingen volledig uitgesloten van de berekening van de bijschatting. Als we de behandelaars of leerlingen (eventueel deels) meenemen als beschikbaar personeel, zou dat ook een verlaging betekenen van de bijschatting, ten opzichte van de nulmeting. Het belang van meer onderzoek over het wel/niet meenemen van behandelaars en leerlingen bij de berekening van de bijschatting was ook genoemd tijdens de feedback sessies over de nulmeting. Daarom is dit punt dit jaar verder uitgewerkt.

In onderstaande tabel (1.10) leggen we uit wat onze redenen zijn bij de keuze wel/niet meenemen van (1) behandelaars, (2) leerlingen en (3) vrijwilligers en mantelzorgers in het verfijnde model.

Tabel 1.10: Overwegingen bij de keuze over het wel/niet meenemen van behandelaars, leerlingen en vrijwilligers en mantelzorgers in het verfijnde model

Categorie	Overwegingen
Behandelaars	Het meenemen van behandelaars is niet wenselijk om twee redenen: (1) doelmatigheid, het is namelijk niet doelmatig om behandelaars voor verzorgende handelingen in te zetten; (2) schaarste van behandelaars in de verpleeghuissector en de daaraan gerelateerde huidige ontwikkeling van de taakherschikking.
Leerlingen	Het meenemen van leerlingen als beschikbaar personeel is niet eenduidig. Leerlingen verschillen sterk met betrekking tot hun bijdrage aan zowel de zorg als de kosten van zorgaanbieders. De praktijk is dat de leerlingen in een bepaalde mate aan de zorg bijdragen. Ook is het wenselijk dat leerlingen worden opgeleid. Het niet meenemen van leerlingen zou dus een verkeerde prikkel kunnen geven om geen leerlingen op te leiden. De bijdrage van leerlingen aan de verzorgingshandelingen van een verpleeghuis is echter afhankelijk van welke type leerlingen op dat moment daar aangenomen zijn. Ook de salarissen van leerlingen lopen uiteen. Maar de loonhoogte zegt waarschijnlijk nog niet of de leerlingen op dat moment veel of weinig bijdragen aan de zorg van cliënten. Op dit moment hebben we geen gegevens over de feitelijke inzet van leerlingen.
Vrijwilligers en mantelzorgers	Deze groep is op dit moment geen onderdeel van de kosten die we in de analyse meenemen. In het rapport van SiRM is naar voren gekomen dat zorgaanbieders het wenselijk of noodzakelijk vinden om spiegelinformatie over deze groep te delen, zie hoofdstuk 4 "Handvatten t.b.v. leren en verbeteren".

Sectie 2: Methode uitsluiting vastgoed-component

De uitsluiting van vastgoed-component is beschreven in de tweede terugkoppeling van de nulmeting. Hieronder wordt deze methode samengevat zoals we die in de nulmeting hebben beschreven. Aan het eind leggen we uit wat verandert in 2021.

Berekeningsmethode nulmeting

De productie in de nulmeting bestaat uit productie Wlz-ZIN (waaronder de Kwaliteitskaderproductie VV4-VV10) en overige productgroepen.

Over de Wlz-ZIN productie weten we per productcode aantallen prestaties. Bij het grootste deel van deze productie is ook het maximumtarief bekend met de splitsing naar het zorgdeel-component, NHC en NIC. In dit geval gebruiken we NHC+NIC als kapitaalcomponent. De rest staat voor de zorgdeelcomponent.

Over een deel van Wlz-ZIN productie is het aantal en het maximumtarief bekend, maar is de splitsing in componenten onbekend. En over niet-Wlz-ZIN productie is alleen de omzet bekend. Daarom hebben we in de nulmeting de volgende aannames toegepast:

- Bij de Wlz-ZIN productie, waarvoor zowel het maximum tarief als de splitsing daarvan bekend was, was de kapitaalcomponent in de omzet berekend als de som van het aantal prestaties vermenigvuldigd met (NHC+NIC). De rest was gedefinieerd als zorg-deel. Onder deze aanpak vallen alle Kwaliteitskaderproductie (productie categorieën 1-4), en een deel van niet-Kwaliteitskaderproductie (productie categorieën 5-6).
- Bij overige productie (de rest van productie categorieën 5-6) hebben we per productcategorie werkelijke omzetten berekend. Ook hebben we de volgende aannames toegepast over het aandeel van de kapitaalcomponent in deze (werkelijke) omzetten:
 - Wlz-ZIN: dagbesteding 0.18
 - Wlz-ZIN: niet dagbesteding 0.075
 - Overig: ELV 0.1586
 - Overig: GRZ, aandeel kapitaal is berekend als gemiddelde aandeel bij VV9 in de dataset; dit was gelijk aan 0.1560
 - Overig: overige productcategorieën (thuiszorg, niet-verblijfsdagen) 0.036

Deze berekening is gebaseerd op de informatie uit de tabbladen van het template over de productiegegevens: tab4A 'Productie Wlz ZIN' per productcode; tab4B 'Overige productie' per categorie. Daarnaast gebruiken we de referentietabellen van maximumtarieven Wlz-ZIN, met de splitsing en bovenstaande aannames.

Wat is aangepast in 2021?

Deze methode voor het uitsluiten van de vastgoedcomponent was uitgelegd in de nulmeting. Maar zij was alleen toegepast bij de splitsing tussen het zorgdeel en het vastgoed-deel bij de presentatie van de uitkomsten. De methode zelf is in 2021 niet veranderd. Het verschil is wel dat we deze methode ook toepassen bij de constructie van (gestandaardiseerde) omzetten die we in het DEA-model gebruiken.

Sectie 3: Referentieset en aanvullende voorwaarden op potentiële peers

In de nulmeting was het begrip van de representativiteit voor het Kwaliteitskader beperkt tot een goede gegevenskwaliteit in combinatie met het ophogen van de gemaakte kosten met de bijschatting. De referentieset van de nulmeting vertegenwoordigde daarmee zowel de geschatte gemiddelde kosten van het Kwaliteitskader in de sector (in stap 4) als potentiële peers (bij het uitvoeren van DEA-analyse in stap 1).

In de toekomst is het denkbaar de set van potentiële peers binnen de referentieset te verfijnen. Dat kan door aanvullende strengere –zowel inhoudelijke als technische– voorwaarden op te leggen om te zorgen dat we alleen op meer representatieve peers tarieven baseren.

Eerst beschrijven we de initiële technische controles op de referentieset van de nulmeting. Daarna beschrijven we de aanvullende technische voorwaarden op potentiële peers die we in de huidige kwantitatieve analyse (onderdeel 1.C) hebben toegepast.

Referentieset

De referentieset van de nulmeting bevat 109 zorgaanbieders van wie zowel de kosten- als productiegegevens over de afgegrensde productie VV4-VV10 inclusief aanverwante productie aan een bepaalde criteria voldeden. Bij de nulmeting hebben wij in overleg met de werkgroep 'Data & Model' enkele controles toegepast. Hierbij zijn alleen de zorgkosten meegenomen. Deze controles zijn in twee groepen te verdelen: checks op de totale kosten op zorgaanbiedersniveau (hierna: totale kostenbasis) en checks op de kosten van het afgegrensde onderdeel (hierna: kostenbasis VV).

De uitgevoerde controles nulmeting:

Checks A1 t/m A5 testen op de totale kostenbasis.

- A1: Check of er geen productie is geboekt bij indirecte kosten.
- A2: Check of de productie horende bij de kostenbasis VV niet hoger is dan de totale productie.
- A3: Check of de ratio van de totale kosten en omzet rond de één zit. Een grote afwijking zou op een fout of een bijzondere situatie kunnen wijzen: in dat geval willen we dit beter onderzoeken voordat we deze zorgaanbieders als potentiële peers gebruiken.
- A4: Check of de directe personeelskosten horende bij kostenbasis VV niet hoger zijn dan de totale directe kosten.
- A5: Check op de aansluiting tussen de personeelskosten o.b.v. personeelsadministratie (deze zijn exclusief bepaalde kostenposten en aangeleverd op het niveau van kostenplaatsen) en de toegedeelde personeelskosten in de berekening o.b.v. bedrijfsadministratie (deze zijn inclusief enkele additionele posten en aangeleverd op totaalniveau).

Checks B1 en B2 testen binnen de kostenbasis VV.

- B1: Check of de ratio van het aandeel indirecte kosten van de kostenbasis VV binnen de kostenbasis VV niet meer is dan 30%, als het aandeel van de omzet kostenbasis VV in totaal kleiner is dan 0.97. Een hoog aandeel indirecte kosten betekent dat de Kwaliteitskader-productie een relatief klein aandeel is van de totale productie van de zorgaanbieder. Omdat de indirecte kosten onder behoud van verdeelsleutels toegedeeld zijn, is deze indeling gevoelig voor de keuze van de verdeelsleutel. We willen daarom niet dat de instellingen met een zeer hoog aandeel indirecte kosten als peers voor anderen gelden.
- B2: Check of de ratio niet-personeelskosten van de afgebakende totale kosten (kostenbasis VV) kleiner is dan 40%.

De zorgaanbieders waarvan alle checks 'ok' waren, worden toegelaten tot de referentieset van de nulmeting. Ook zorgaanbieders die één check op 'inconsistent' hadden staan, maar contact hebben opgenomen met ons om toe te lichten waarom de data desondanks correct zijn, zijn toegelaten (dit ging om twee zorgaanbieders in totaal).

Aanvullende voorwaarden op potentiële peers

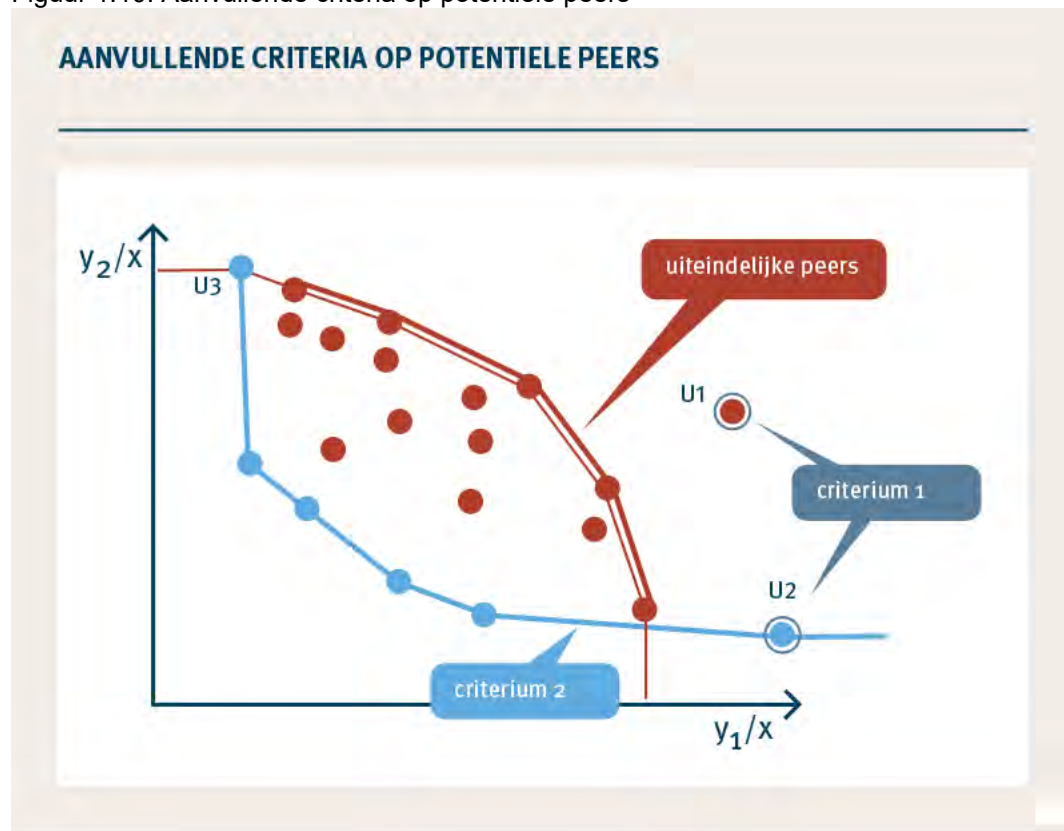
We konden nog niet voor context-specifieke (niet-beïnvloedbare) factoren van de zorgaanbieders corrigeren. Ook bevat onze dataset nog altijd relatief weinig zorgaanbieders voor sommige productiemixen. Om met die twee punten rekening te houden, hebben we in kwantitatieve analyses in onderdeel 1.C strengere technische criteria toegepast met betrekking tot de vraag welke zorgaanbieders uit de referentieset we als potentiële peers beschouwen. De criteria in de huidige analyse zijn:

- Criterium 1 betreft de zorgaanbieders met merkbaar lagere kosten in vergelijking met dichtbij zijnde zorgaanbieders. De bijzonder lage kosten kunnen we namelijk niet zien als representatieve kosten. Zo hebben we al in de nulmeting zes zorgaanbieders als 'uitschieters' aangemerkt, en dus niet als peers voor anderen hebben gebruikt.
- Criterium 2 is toegevoegd bij kwantitatieve analyses 2021 om rekening te houden met het feit dat onze dataset niet voor elke samenstelling van productie veel vergelijkingsmateriaal biedt. Dit tweede criterium sluit ook de zorgaanbieders uit die op de 'maximale' kostengrens van de dataset van de Nulmeting zitten. Deze technische restrictie zorgt ervoor dat we een meer representatief deel van de kostengrens als basis nemen.

Onderstaande figuur legt dat visueel uit in een voorbeeld met twee productgroepen. De assen laten de productie zien per euro kosten. Elk punt vertegenwoordigt een zorgaanbieder: hoe verder van nul een punt zit, hoe minder kosten de zorgaanbieder maakt voor zijn productie. Punten U1 en U2 staan voor de 'uitschieters' die we op criterium 1 hebben uitgesloten. De blauwe punten zijn de punten die we op criterium 2 hebben uitgesloten: dit zijn de zorgaanbieders met de hoogste kosten voor hun productie; deze kunnen we niet als zorgaanbieders met minimale kosten beschouwen en als peers voor anderen aanwijzen.

Technisch gezien, blijven alleen de rode punten in dit figuur in de referentieset van potentiële peers; vijf hiervan bepalen de uiteindelijke minimale kostengrens. Hierbij zien we dat het toevoegen van criterium 2 maar een klein effect heeft op de uiteindelijke lijst van peers in dit figuur: of omdat dat punt al op criterium 1 is uitgesloten (zoals bij U2) of omdat zorgaanbieders met hoogste kosten meestal ook zonder deze criteria niet op de minimale kostengrens zouden uitkomen. In dit figuur zien we dat het toepassen van het tweede criterium feitelijk alleen U3 uit de referentieset weghaalt.

Figuur 1.10: Aanvullende criteria op potentiële peers



2 Datakwaliteit en administratieve lasten



Samenvatting

Vanzelfsprekend is er in de doorontwikkeling aandacht geweest voor het verminderen van administratieve lasten en het verbeteren van de datakwaliteit. Zo heeft Verstegen Accountants en Adviseurs (hierna: Verstegen) ons geadviseerd over verbeteringen voor de data uitvraag, zowel op inhoud als bijvoorbeeld op de manier hoe de data wordt uitgevraagd. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen leiden tot verbetering van de datakwaliteit en verwerken wij waar passend in toekomstige kostenonderzoeken.

Om de administratieve lasten voor aanbieders te verminderen, hebben we daarnaast onderzoek gedaan naar het aansluiten bij bestaande externe databronnen. Zo zijn we aangesloten bij het programma KIK-V (Keteninformatie Kwaliteit Verpleeghuiszorg). Hiervoor zijn we in 2021 gestart met de koppeling van bedrijfsvoering gegevens. Een belangrijk doel hiervan is dat de administratieve lasten bij toekomstige kostenonderzoeken gaan dalen. Ook hebben we afgelopen jaar specifiek onderzoek gedaan naar de koppeling van de IV aan openbare gegevens (via DigiMV). Doordat onder andere de scope en volledigheid van deze openbare gegevens niet aansluiten bij de uitvraag van de IV, concluderen we dat de meerwaarde van deze bronnen voor gebruik bij dit soort data uitvragen op korte termijn beperkt is. We zullen bij een volgende uitvraag daarom meer inzetten op andere zaken zoals verbeteringen binnen de template (zoals ook voorgesteld door Verstegen). Daarnaast blijven we aangesloten bij ontwikkelingen rond KIK-V en DigiMV om mogelijk in de toekomst alsnog een koppeling met openbare gegevens te kunnen maken.

In dit hoofdstuk lichten we de uitkomsten van de twee onderdelen op dit onderwerp nader toe.

A. Onderzoek door Verstegen Accountants en Adviseurs

Proces

In de eerste maanden van 2021 heeft Verstegen onderzoek gedaan naar de data-uitvraag van de IV, met als uitgangspunt de nulmeting die in 2019/2020 heeft plaatsgevonden over het jaar 2018. In onze opdrachtomschrijving hebben wij twee elementen specifiek benoemd:

- Een uitspraak over de belangrijkste risico's voor onjuistheden bij de data-uitvraag en de (potentiële) impact hiervan op de uiteindelijke aanlevering;
- Concrete oplossingen om de data-uitvraag, het gehanteerde template en de geautomatiseerde datacontroles te verbeteren, zowel in de uitvraag zelf als in de ingebouwde checks.

Hierbij golden drie uitgangspunten:

- Het zoveel mogelijk beperken van de administratieve lasten;
- Passend bij de praktijk van (het grootste deel van) de zorgaanbieders;
- Een foutbestendig systeem.

Om deze opdracht uit te voeren heeft Verstegen gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethodes, waaronder literatuuronderzoek, documentanalyse en interviews met drie zorgaanbieders. Verstegen heeft in mei 2021 een rapport opgeleverd, waarin 11 adviezen naar voren komen. Vervolgens zijn we een vervolgtraject gestart om te onderzoeken hoe we de adviezen waar passend kunnen implementeren. Veel van de adviezen zijn ook relevant voor andere sectoren (naast de verpleeghuiszorg). Daarom worden die adviezen in bredere zin (over alle kostenonderzoeken ongeacht de sector) meegenomen.

Inhoud

Het rapport van Verstegen bevat in totaal 11 adviezen en kunnen worden verdeeld in grofweg drie categorieën: datavalidatie, tooling, en IV-specifiek. Onderstaand worden 5 adviezen op hoofdlijnen toegelicht. Deze geven ons inziens een beeld van het rapport als geheel. Voor de volledigheid zijn alle adviezen te vinden in het rapport van Verstegen dat is opgenomen in bijlage 1.

Datavalidatie

Advies 1: Leg in het uitvraagtemplate een zichtbare aansluiting tussen de ingevoerde kosten en opbrengsten en de gecontroleerde jaarrekening.

Toelichting Verstegen: Omdat de opgevraagde gegevens niet altijd duidelijk overeenkomen met de gegevens uit de jaarrekening is het mogelijk dat zorgaanbieders gegevens halen uit hun interne systemen. Deze kunnen niet worden gecontroleerd met gebruik van de beschikbare openbare bronnen. Een oplossing hiervoor is om de template te voorzien van een tabel die aangeeft welke data uit gecontroleerde jaarrekeningen gebruikt kunnen worden in de uitvraagtemplate.

Advies 2: Laat een externe accountant een accountantsproduct afgeven.

Toelichting Verstegen: Het is voor de NZa niet mogelijk de ingevulde productie en formatieve gegevens van zorgaanbieders, die niet gepubliceerd hoeven te worden in openbare, gecontroleerde jaarrekeningen, te controleren op juistheid en volledigheid. Door middel van een COS-4400N onderzoek kunnen zorgaanbieders door een externe accountant laten bevestigen dat deze gegevens overeenkomen met hun respectievelijke bronnen. Dit verkleint de kans dat er fouten ontstaan door bijvoorbeeld afwijkende interpretaties of gemiste velden.

Tooling

Advies 7: Faciliteren van een rechtstreekse dump vanuit primaire registratiesystemen.

Toelichting Verstegen: Een alternatief voor het af laten geven van een extern accountantsproduct is om de gegevens over productie en formatie van zorgaanbieders rechtstreeks te exporteren vanuit primaire registratiesystemen. De markt voor deze software kent een klein aantal grote spelers. Daarom is het goed mogelijk om te verkennen welke afspraken gemaakt kunnen worden rond standaardisatie en exportmogelijkheden. Ten opzichte van het afgeven van een extern accountantsproduct kan deze oplossing mogelijk ook de administratieve lasten van het invullen van het template verminderen.

Advies 9: Maak gebruik van een online invulomgeving in plaats van het uitvraagtemplate in Excel.

Toelichting Verstegen: Het huidige template is gebouwd in Microsoft Excel. Dat heeft enkele nadelen. Zo kan het invullen in Excel bijvoorbeeld foutgevoelig zijn. Daarnaast kan bij complexere bestanden de performance afnemen. Als alternatief wordt daarom voorgesteld om gebruik te maken van een online omgeving. Dit zou de mogelijkheid bieden om zorgaanbieders stap voor stap door het invullen te leiden. Daarbij kunnen meer foutcontroles worden ingebouwd. Ook kunnen bepaalde gegevens uit externe bronnen mogelijk vooraf worden ingevuld.

IV-specifiek

Advies 3: Pas het schema Typering hulpkostenplaatsen aan om de onduidelijkheid rondom de typering “Indirect” en “Uitzondering” te verlagen.

Toelichting Verstegen: Veel instellingen die verpleeghuiszorg bieden, leveren ook andere vormen van zorg. Om deze activiteiten en hun bijbehorende kosten en opbrengsten goed te onderscheiden is er tijdens de nulmeting een schema gehanteerd. Hierbij worden alle “hulpkostenplaatsen” getypeerd als verpleeghuiszorg breed, overige zorg, indirect of uitzondering. Uit het onderzoek kwam echter naar voren dat het toerekenen van kosten en opbrengsten kan worden verduidelijkt. Dat kan door aanpassingen aan dit schema waarbij onderscheid wordt aangebracht tussen verschillende posten van zorgaanbieders.

B. Aansluiting externe databronnen

Naast het onderzoek naar verbetering van de datakwaliteit, hebben we het afgelopen jaar onderzoek gedaan naar aansluiting bij bestaande (externe) databronnen. Dit om de mogelijkheden voor een administratieve lastenvermindering voor zorgaanbieders te verkennen. Hierbij is aansluiting gezocht met Digitale Maatschappelijke Verantwoording (hierna: DigiMV) en het programma Keteninformatie Kwaliteit Verpleeghuiszorg (hierna: KIK-V).

DigiMV

Het grootste deel van de zorgaanbieders van verpleeghuiszorg is verplicht ieder jaar financiële verantwoordingsinformatie te uploaden. Het gaat om onder andere de jaarrekening (in PDF), de controleverklaring van de jaarrekening (in PDF) en het invullen van een vragenlijst waarin onderdelen van de jaarrekening terugkomen (en waarvan de antwoorden terechtkomen in een databestand). Deze gegevens worden samengebracht in DigiMV, een online openbare dataset.

Bij het onderzoek naar aansluiting van de data-uitvraag voor de IV met DigiMV zijn verschillende factoren van belang om te beoordelen of deze verbinding meerwaarde biedt. Meerwaarde ten opzichte van de data-uitvraag zoals die bij de nulmeting is gedaan, waarbij geen aansluiting werd gezocht met bestaande databronnen. De factoren ter beoordeling van eventuele meerwaarde zijn weergegeven in de eerste kolom van tabel 2.1. Wij constateren dat de meerwaarde van het gebruik van DigiMV bij dit soort data uitvragen op korte termijn beperkt is. Dat wordt met name veroorzaakt door de scope en volledigheid. Hierna lichten wij die en andere factoren kort toe.

De scope van de beschikbare gegevens in DigiMV is het totaal van de organisatie. De meerderheid van de zorgaanbieders van verpleeghuiszorg biedt ook andere typen zorg aan (bijvoorbeeld zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet of de Wet maatschappelijke ondersteuning). De jaarverantwoording van deze zorgaanbieders betreft dus niet alleen de gegevens die nodig zijn voor het uitvoeren van de IV. De huidige scope van de IV is echter beperkt tot verpleeghuiszorg. Daarom zullen de kostengegevens met betrekking tot de verpleeghuiszorg voor deze zorgaanbieders nog apart moeten worden uitgevraagd. De gegevens van kleinere zorgaanbieders die alleen verpleeghuiszorg aanbieden, kunnen mogelijk wel direct aangesloten worden op de gegevens uitvraag zoals deze is gedaan voor de nulmeting van de IV. Dit betreft naar verwachting maximaal een kwart van alle zorgaanbieders.

Wat betreft volledigheid beperken de gegevens die beschikbaar zijn in DigiMV zich tot de kosten en opbrengsten van de organisatie. Voor de IV en andere kostenonderzoeken is ook informatie nodig op het gebied van productie om de kosten aan toe te rekenen. Deze gegevens zijn niet nodig in het kader

van de financiële verantwoording en worden om die reden niet in DigiMV opgenomen. Daardoor is in dit geval altijd een (aanvullende) uitvraag nodig. Op basis van alleen de scope en de volledigheid van de gegevens in DigiMV lijkt het er dus op dat, ook indien de aansluiting wordt gemaakt, een aparte gegevens uitvraag nodig zal zijn. Daarom is de administratieve lastenvermindering van aansluiting bij DigiMV voor zorgaanbieders beperkt.

Enkele andere factoren die een rol spelen bij de beoordeling van de meerwaarde van aansluiting op DigiMV zijn de indeling van kosten en opbrengsten, de betrouwbaarheid van de gegevens en de stabiliteit in de tijd. De indeling van kosten en opbrengsten in de jaarrekening volgt uit de voorschriften voor verslaggeving, zoals bijvoorbeeld opgenomen in de Regeling openbare jaarverantwoording WMG. Gebruik van de jaarrekening voor kostprijsonderzoek is niet het primaire doel van deze verslaggeving. Om deze reden kunnen de voorschriften rond de indeling van kosten en opbrengsten suboptimaal zijn voor kostprijsonderzoeken. Daarom kan een aanvullende gegevens uitvraag nodig blijken. Bovendien veranderen de voorschriften in de tijd. Bij volledige afhankelijkheid van DigiMV kan dat mogelijk tot inconsistenties leiden tussen de voor kostprijsonderzoeken benodigde gegevens en de beschikbare gegevens in DigiMV. Tot slot is de huidige datastructuur van DigiMV niet optimaal voor het doen van kostprijsonderzoeken. Immers, alleen de jaarrekening, die in PDF wordt opgeleverd, is gecontroleerd door de accountant, terwijl ten behoeve van kostprijsonderzoek juist aansluiting nodig is met de antwoorden van de ingevulde vragenlijst die in een databestand worden opgeslagen. Aangezien vooralsnog niet gecontroleerd wordt in hoeverre de gegevens in het databestand overeenkomen met die in de jaarrekening, kan de kwaliteit van deze gegevens niet gegarandeerd worden. Juiste en volledige inputgegevens vormen een belangrijke voorwaarde voor kostprijsonderzoeken zoals de IV.

Concluderend lijkt de administratieve lastenvermindering van aansluiting met DigiMV op dit moment beperkt. Wij blijven nauw betrokken bij ontwikkelingen rond de verantwoording van zorginstellingen zodat, indien de situatie verandert, een nieuwe afweging kan worden gemaakt rond de aansluiting met DigiMV.

Tabel 2.1 Beoordeling meerwaarde aansluiting DigiMV

Indicator	Overweging	Consequenties bij gebruik IV
Scope	Totaal organisatie niveau	Voor meeste zorgaanbieders toewijzing nodig
Volledigheid	Geen informatie over productie	Altijd aanvullende uitvraag nodig
Indeling kosten/opbrengsten	Volgt jaarrekening	Beperking van informatie of aanvullende uitvraag nodig
Betrouwbaarheid	Jaarrekening hoog, Databestand laag	Alleen bij jaarrekening borging accountantscontrole
Stabiliteit over tijd	Volgt jaarrekening	Informatie verandert mee met jaarrekening

KIK-V

KIK-V is een methodiek waarbij ketenpartijen in de verpleeghuiszorg – Zorginstituut Nederland, IGJ, ActiZ, Patiëntenfederatie, ZN, VWS en de NZa – afspraken maken over het vaststellen en uitwisselen van kwaliteitsinformatie. In de toekomst worden ook bedrijfsvoering gegevens betrokken. In 2020 zijn we gestart met een onderzoek naar de bijdrage die KIK-V kan leveren aan het verbeteren van de uitvraag voor kostprijsonderzoeken. Dit onderzoek is in volle gang. De uitbreiding van de scope van KIK-V van kwaliteitsinformatie naar ook bedrijfsvoering gegevens biedt ons mogelijkheden om de KIK-V

systematiek toe te passen bij een toekomstig kostenonderzoek in de verpleeghuiszorg. Begin 2021 hebben we met betrokken ketenpartijen onze commitment vastgelegd in een convenant om uitvragen in de verpleeghuissector, waar mogelijk, via KIK-V te laten lopen.

We onderzoeken of de KIK-V methodiek van het uitwisselen van gegevens uiteindelijk tot minder administratieve lasten leidt voor zorgaanbieders. Ook bekijken we of we de informatie-uitwisseling hiermee beter kunnen stroomlijnen. Daarbij zien we een aantal voordelen voor zorgaanbieders:

- afspraken over definities van gegevens ten behoeve van uniformiteit;
- standaardisatie en automatisering van informatie-uitwisseling;
- hergebruik van informatie door verschillende daartoe geautoriseerde ketenpartijen;
- data aan de bron;
- geautomatiseerde validatie van gegevens;
- geautoriseerde toegang tot informatie.

Medio 2021 zijn we binnen het programma KIK-V gestart met de ontwikkeling van een uitwisselprofiel waarin we bedrijfsvoering gegevens op de KIK-V methode uitwerken. In het uitwisselprofiel wordt onder andere tot in detail beschreven welke informatie we nodig hebben, waarom we deze nodig hebben, wat we ermee doen en hoe we deze uitwisselen. Eind 2022 verwachten we duidelijkheid te hebben over de mogelijkheden om een uitvraag op de KIK-V methode uit te voeren.

3 Kwaliteit koppelen aan tariefstelling



Samenvatting

Zorgaanbieders moeten voldoen aan alle wet- en regelgeving die van toepassing is op verpleeghuiszorg. Daarbij is het van belang dat de tarieven voor verpleeghuiszorg toereikend zijn om goede zorg aan cliënten te kunnen leveren.

In het doorontwikkeljaar van de IV hebben wij daarom onze zoektocht vervolgd naar de wijze waarop we meer inzicht kunnen krijgen in de kwaliteit van de geleverde verpleeghuiszorg. Doel was kwaliteit te kunnen koppelen aan tariefregulering. We hebben getoetst of we koppelingen kunnen leggen tussen de templates van zorgaanbieders en openbare bronnen zoals de rapporten van de IGJ of indicatoren uit de open data verpleeghuiszorg. Wij constateren dat dit mogelijk is. Het draagvlak voor deze meer fijnmazige selectiemechanismen is echter beperkt. Reden hiervoor volgens veldpartijen is dat dit het initiële doel van kwaliteitsinformatie ondermijnt; zoals leren en verbeteren en/of toezicht houden op kwaliteit van zorg. Dit heeft tot gevolg dat wij vooralsnog enkel rekening houden met een maatregel van IGJ; zorgaanbieders die onder verscherpt toezicht staan en/of een aanwijzing van IGJ hebben mogen niet richtinggevend zijn voor de tariefbepaling. Kosten van deze zorgaanbieders worden dus niet meegenomen in de berekening van de tarieven. Dit is in lijn met ons eerdere adviesrapport.

Wij benadrukken hierbij dat het toezicht van de IGJ risico-gestuurd is; de IGJ ziet toe op de noodzakelijke (ondergrens) kwaliteit. De IGJ toetst niet of elke zorgaanbieder aan het Kwaliteitskader voldoet. Ons ambitieniveau blijft om dit niveau van kwaliteit mee te nemen in de tariefbepaling. Helaas vinden we daar binnen de huidige mogelijkheden, zoals hierboven beschreven middels bijvoorbeeld een koppeling met de open data verpleeghuiszorg, onvoldoende draagvlak voor. Wel vinden we veel draagvlak voor het idee om kwaliteit te toetsen via een in te stellen (onafhankelijke) commissie of onderlinge visitatie. Maar een volgende stap om deze uitkomsten te koppelen aan de tariefregulering, wordt als (te) spannend gezien.

De 2,1 miljard die in de sector is toegevoegd, is gebaseerd op het Kwaliteitskader. Net als vele andere partijen zien wij dat de arbeidsmarktkrapte groot is en dat de houdbaarheid van de zorg richting de toekomst onder druk staat. Het is belangrijk dat er een doorontwikkeling plaatsvindt van het Kwaliteitskader die oog heeft voor deze krapte op de arbeidsmarkt en ruimte voor technologie biedt en tegelijk voldoende aanknopingspunten biedt om een relatie met de bekostiging te leggen. Als het niet in personeel uit te drukken is, hoe zorgen we er dan voor dat de tarieven hoog genoeg zijn én blijven om de gewenste kwaliteit te kunnen leveren?

A. Inleiding

Wij willen met de bekostiging bijdragen aan kwalitatief goede zorg in verpleeghuizen. Binnen onze taakstelling zijn wij dan ook op zoek naar de bepaling van passende tarieven voor verpleeghuiszorg; tarieven die hoog genoeg zijn om zorg van goede kwaliteit te leveren, met oog voor de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Dit bereiken we door de tariefstelling te baseren op zorgaanbieders die kosten maken die representatief zijn voor het leveren van kwalitatief goede zorg.

Kwaliteit op zich is een subjectief begrip waar iedereen anders tegenaan kan kijken. Het objectiveren van subjectieve aspecten kan bijvoorbeeld wel middels beroepsrichtlijnen, kwaliteitskaders of wetten, door een onafhankelijke partij of deskundigen in te schakelen.

B. Opties voor koppelen kwaliteit aan tariefregulering

Ons vertrekpunt is om geobjectiveerde kwaliteitsaspecten uit het Kwaliteitskader te koppelen aan de IV. Het voldoen aan deze kwaliteitsvereisten is een selectiecriteria om als peer (best practice in IV) aangemerkt te kunnen worden. Wij hebben drie potentiële aanvliegroutes voor de selectiecriteria voor peers onderzocht, te weten: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) maatregel, IGJ rapport (groen vs. oranje-rood) en Openbare Database (ODB)-indicatoren.

De twee methodes waarbij we de oordelen van de IGJ gebruiken sluiten nauw aan bij de Wet marktordening gezondheidszorg. Hierin is omschreven dat de Zorgautoriteit het oordeel van de IGJ over de kwaliteit van het handelen van zorgaanbieders volgt.

Hieronder beschrijven wij kort onze conclusies.

IGJ maatregel

In het advies na de nulmeting van de IV hebben we al vermeld dat er breed draagvlak is voor het baseren van de tarieven op kosteninformatie van zorgaanbieders waar de IGJ geen maatregel heeft opgelegd. Dit naar aanleiding van het advies van de werkgroep Kwaliteit (IV traject 2019-2020). In eerdere dialogen met het veld is hiervoor ook draagvlak uitgesproken.

De IGJ controleert risico gestuurd of zorgaanbieders voldoen aan wetgeving, veldnormen, professionele standaarden en de in het veld vastgestelde kwaliteitskaders. Wij zien als eerste toepassing van kwaliteit om de tarieven niet te baseren op zorgaanbieders waarbij de IGJ een maatregel heeft opgelegd. Dit zullen we in de toekomst daarom ook meer gaan toepassen. De IGJ zal ons daarbij helpen.

Het voordeel van dit selectie criterium is dat er sprake is van een brede toetsing aan normen door een deskundige onafhankelijke partij. Het nadeel is dat de bevindingen van de IGJ gebaseerd zijn op een momentopname. De IGJ controleert niet jaarlijks alle zorgaanbieders en beperkt zich vaak tot een bepaalde locatie van een zorgaanbieder. Dit geeft bijvoorbeeld het risico dat een zorgaanbieder die als peer is aangemerkt, niet door de IGJ is bezocht, maar wel een locatie heeft waar de kwaliteit van zorg onvoldoende is. Wij hebben daarom ook gekeken of er aanvullende alternatieven zijn zoals bijvoorbeeld het gebruik van de indicatoren uit het Kwaliteitskader.

Indicatoren uit het Kwaliteitskader

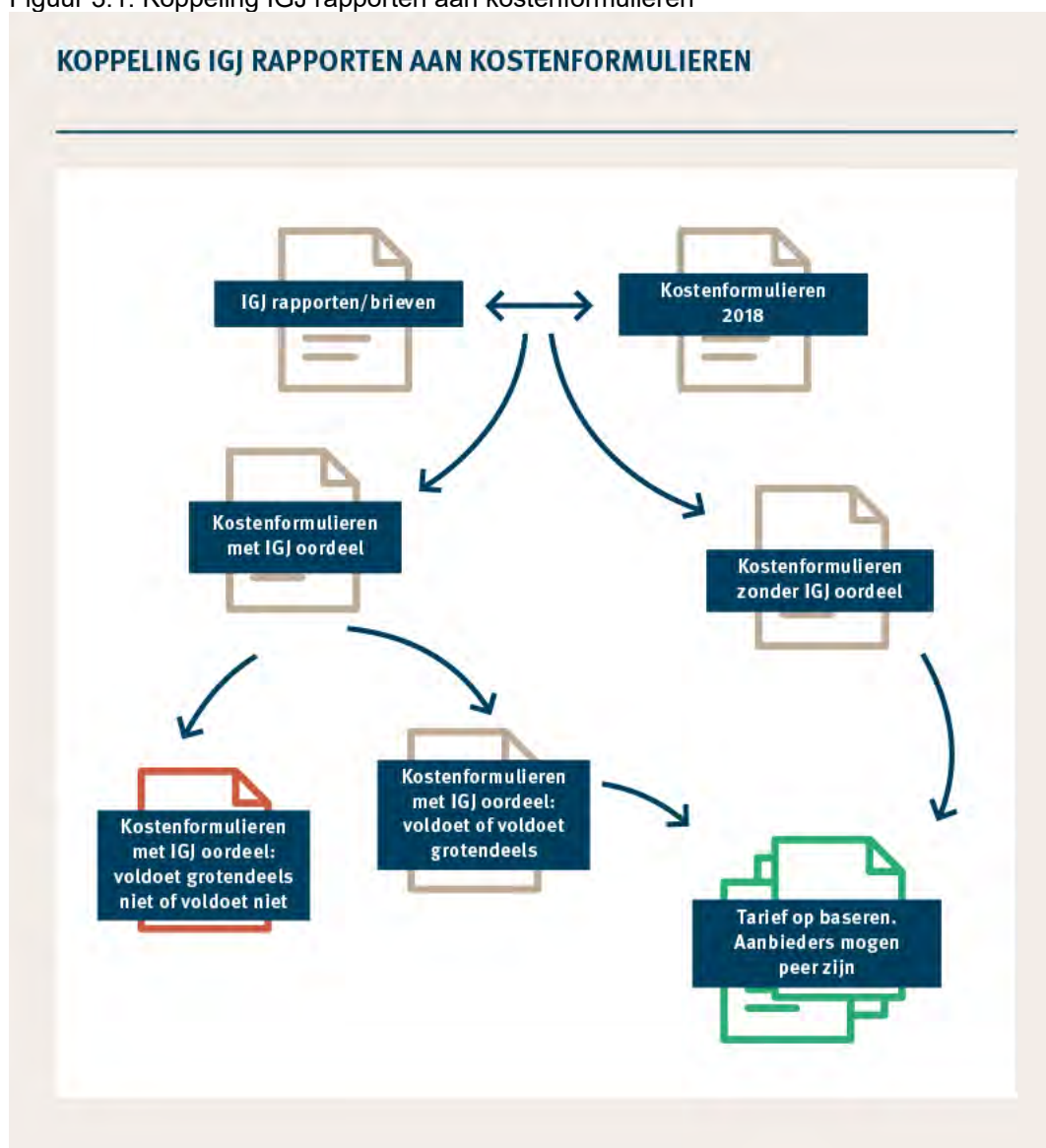
Idealiter zou het Kwaliteitskader een basis zijn voor kwaliteitsduiding die wij kunnen koppelen aan de IV. Zo ver is het niet. Het meten van de kwaliteitsindicatoren ontstaan vanuit het Kwaliteitskader heeft (momenteel) namelijk als primair doel het faciliteren van 'leren en verbeteren'. Het is volgens betrokkenen een leerinstrument. Om het leren en verbeteren te faciliteren worden de indicatoren vanuit het Kwaliteitskader voor alle zorgaanbieders gemeten en verzameld in een openbare database, onder beheer van het Zorginstituut (zie: [Open data verpleeghuiszorg](#)). Daarmee kan het tegelijkertijd niet als toetsingsinstrument worden gebruikt. Een beeld van de werkelijkheid achter deze indicatoren is ook van belang. Het toezicht van de IGJ houdt daar beter rekening mee. Om die reden gebruiken wij deze Openbare Database (ODB) niet voor de tariefstelling. Wij hebben betrokkenen gevraagd of ze alternatieven zien, die meer dan alleen het gebruik van indicatoren rekening houden met het beeld achter de werkelijkheid. Voor het idee van een commissie of onderlinge visitatie om de kwaliteit te toetsen, vinden we veel draagvlak. Op kleine schaal zien we hierin wel beweging, bijvoorbeeld op het terrein van de laag volume, hoog complexe zorg (LVHC). Maar op grote schaal wordt de stap om deze uitkomsten te koppelen aan de tariefregulering vooralsnog als te spannend gezien.

IGJ rapporten 2018

De IGJ heeft de afgelopen jaren veel verpleeghuizen bezocht. De bevindingen heeft de IGJ openbaar gemaakt. Wij hebben onderzocht of we de samenvatting van de resultaten zoals beschreven in de rapporten van de IGJ kunnen koppelen aan de gegevens van de IV. Deze methode is selectiever dan de methode van de IGJ maatregel. De IGJ legt namelijk niet altijd direct een maatregel op als ze op één aspect bij een zorgaanbieder constateert dat de kwaliteit grotendeels onvoldoende is. Ze weegt dan ook nog andere aspecten mee.

De methodiek van het verbinden van IGJ resultaten zoals beschreven in haar rapporten aan de IV is op hoofdlijnen beschreven in onderstaand figuur. Wij hebben daarbij voor een heel restrictieve ofwel risicomijdende aanpak gekozen. Zorgaanbieders waarbij uit het IGJ rapport blijkt dat ze op één aspect op één locatie al (grotendeels) niet voldoen kunnen dan geen peer zijn.

Figuur 3.1: Koppeling IGJ rapporten aan kostenformulieren



Uitkomsten IGJ rapporten

De referentieset van de nulmeting bestaat uit 109 zorgaanbieders die zowel betrouwbare productie- als kostendata hebben aangeleverd. Deze zorgaanbieders vormen in eerste instantie de groep van potentiële peers. Als we de IGJ rapporten als criterium gaan gebruiken, moeten we 55 zorgaanbieders uit deze groep uitsluiten. Zij kunnen niet meer in deze groep zitten omdat we in de IGJ rapporten lezen dat de kwaliteit op minimaal 1 aspect niet helemaal in orde is. Dat betekent dat we de informatie van deze 55 zorgaanbieders niet meer (potentieel) gebruiken om de minimale kosten voor andere zorgaanbieders te berekenen. Zij kunnen dus geen peer meer worden voor andere zorgaanbieders. Door het uitsluiten van deze 55 zorgaanbieders houden we slechts 54 zorgaanbieders over die 'peer' kunnen zijn voor andere zorgaanbieders.

Tabel 3.1: Aantal potentiële peers nulmeting & nulmeting met IGJ restricties

	Nulmeting (A)	Nulmeting + IGJ-restrictie (B)	Vershil (B-A)
Potentiële peers	109	54	-55
Andere zorgaanbieders	177	232	+55

Dat niet alle zorgaanbieders voldoen, is niet vreemd. Dit is logisch gezien het jaar van analyse en uitvraag. In 2018 zaten we nog in de ingroeifase van het Kwaliteitskader. De ingroeifase liep tot en met 2021.

Op basis van gevoeligheidsanalyses hebben we besloten om dit jaar nog geen conclusies te trekken over de financiële impact van de IV (zie hoofdstuk 1). Hierom kiezen we er ook voor om de financiële impact van het uitsluiten van zorgaanbieders o.b.v. de IGJ rapporten op dit moment niet door te rekenen. Bovenstaande tabel laat echter zien dat de restrictie op basis van de IGJ rapporten de set van potentiële peers fors kan verkleinen in vergelijking met de nulmeting (tot de helft van de referentieset). Daarbij heeft de IGJ te kennen gegeven dat in dit geval de lat waarschijnlijk te hoog wordt gelegd. Het zou het leren en verbeteren dan ook kunnen frustreren. De rapporten van de IGJ zijn immers niet opgesteld als basis van de toekomstige tariefstelling in de verpleeghuiszorg. Naar verwachting is het beter om in de toekomst het niet hebben van een maatregel als uitgangspunt te nemen.

C. Beschouwing

Kwaliteit koppelen aan tariefbepaling heeft twee aspecten. Allereerst een technisch aspect. Daarbij is sprake van het hebben van kwaliteitsinformatie en het leggen van een koppeling tussen kwaliteitsinformatie en "kostentemplates" van zorgaanbieders. Daarnaast is er een inhoudelijk aspect waarbij een oordeel over de geleverde kwaliteit of geleverde kwaliteitsinformatie wordt gevormd. In de afgelopen periode hebben we onderzocht of een koppeling technisch gezien mogelijk was (technisch aspect). Dit blijkt inderdaad zo te zijn. Dat maakt dat de focus steeds meer komt te liggen op een oordeel over de geleverde kwaliteit (inhoudelijk aspect).

Kijkend naar het inhoudelijke aspect, merken wij dat er veel barrières worden ervaren bij het koppelen van kwaliteit aan tariefbepaling. Partijen zien onzekerheden richting de toekomst, met bijvoorbeeld de mogelijkheid dat deze koppeling financiële impact kan hebben. Partijen worden voorzichtig, omdat men verwacht dat hun bewegingsruimte wordt ingeperkt. De voorzichtigheid van partijen lijkt gebaseerd op de veronderstelling dat de verbinding tussen Kwaliteitskader en bekostiging de financiële bewegingsruimte beperkt. Onze intentie is echter het tegenovergestelde. Wij zijn enkel voornemens om kwaliteit mee te nemen als randvoorwaarde voor peers. Zo kunnen we borgen dat de (minimale) tariefbepaling hoog genoeg is om kwalitatief goede zorg te leveren.

Wij blijven van mening dat het niet meenemen van kwaliteitsaspecten (i.c. het niet uitsluiten van zorgaanbieders waar de kwaliteit niet in orde is) in de tariefbepaling kan leiden tot het ongewenste effect van te lage tarieven om voldoende kwaliteit te leveren. Geen (verdere) keuzes maken heeft ook consequenties. Wij zullen in de toekomst ten minste rekening houden met het oordeel van de toezichthouder. Concreet betekent dit dat dan de kosten van zorgaanbieders waarbij sprake is van een maatregel van de IGJ inzichtelijk worden gemaakt en niet mee worden genomen in de berekening van de tarieven. Aanbieders waarbij de IGJ concrete verbeterpunten zag (rood, oranje), maar waarbij geen maatregel is opgelegd worden wel meegenomen in de tariefstelling. Vanzelfsprekend blijven wij ook de initiatieven die bottom-up vanuit het veld komen faciliteren, zoals bijvoorbeeld de LVHC initiatieven.

4 Handvatten t.b.v. leren en verbeteren



Samenvatting

SiRM heeft in opdracht van ons tussen maart en november 2021 onderzoek gedaan naar één van de onderwerpen van de doorontwikkeling: het bieden van handvatten voor leren en verbeteren, voor de zorginkoopdialoog en mogelijkheden om de ervaren complexiteit te verminderen. Hiervoor zijn de wensen en voorwaarden van zorgaanbieders en zorgkantoren via interviews, een enquête en bijeenkomsten geïnventariseerd. Vervolgens is gekeken hoe deze wensen en voorwaarden gerealiseerd kunnen worden.

We delen de adviezen van SiRM op in vijf verschillende onderwerpen: doorontwikkeling van het DEA-model, transparantie, terugkoppeling, proces en toekomstperspectief.

Op basis van het onderzoek van SiRM concluderen we dat de IV handvatten kan bieden voor leren en verbeteren en de zorginkoopdialoog. Daarvoor moet dan wel aan een aantal voorwaarden worden voldaan.

De ervaren complexiteit kan verminderd worden door goede visualisaties en heldere toelichting op de resultaten. Het uitvoeren van de voorgestelde adviezen vergt een forse inspanning van alle betrokken partijen. Daarbij is het op voorhand onduidelijk of het tot het gewenste resultaat zal leiden.

A. Achtergrond en aanleiding onderzoek

In de duiding en de consultatiefase van de nulmeting (najaar 2020) is naar voren gekomen dat partijen de IV als complex ervaren. Dit belemmert het gebruik van de uitkomsten, bijvoorbeeld voor het leren en verbeteren en gebruik bij de zorginkoop. Het doorontwikkeljaar hebben we gebruikt om door onderzoek handvatten op te stellen waarmee het gebruik van de uitkomsten van de IV op een passende en eenvoudige manier kan worden vormgegeven.

Het doel van dit onderzoek was drieledig:

- Opstellen van handvatten voor leren en verbeteren voor zorgaanbieders op basis van de uitkomsten van de IV.
- Opstellen van handvatten voor de zorginkoopdialoog op basis van de uitkomsten van de IV voor zorgkantoren en zorgaanbieders.
- Formuleren van mogelijkheden om de ervaren complexiteit van de IV te verminderen.

We hebben ervoor gekozen om dit onderzoek door een externe, onafhankelijke partij te laten uitvoeren. Wij hebben hiervoor adviesbureau SiRM gekozen omdat zij in hun offerte een interessante mix van DEA-kennis en creatieve oplossingen presenteerden. SiRM heeft dit onderzoek tussen maart en november 2021 uitgevoerd aan de hand van deskresearch, interviews, een enquête en werksessies.

In november 2021 heeft SiRM een rapport opgeleverd met hun bevindingen en adviezen. We delen deze adviezen op in vijf verschillende onderwerpen: doorontwikkeling van het DEA-model, transparantie, terugkoppeling, proces en toekomstperspectief. We vatten de adviezen van SiRM hier samen en geven onze reflectie op de adviezen. Voor meer informatie verwijzen we u naar het rapport, dat we als bijlage toevoegen.

B. Doorontwikkeling van het DEA-model

Om de verschillen tussen de zorgaanbieders beter te identificeren, hebben we twee adviezen gekregen: (1) verbeter de gebruikte data om efficiëntieverschillen mogelijk beter te meten en (2) voeg een tweede analysestap toe aan de DEA-methode om factoren die verschillen verklaren te identificeren.

Onze reflectie

We vinden het een goede suggestie van SiRM om deze tweede analysestap toe te voegen aan de DEA-methode. De correctie voor de niet-beïnvloedbare factoren kan worden toegevoegd in het stappenplan dat we in de hoofdstuk 1 beschrijven. We benadrukken, net als SiRM, hier wel dat voor het toevoegen van deze stap, het nodig is om aanvullende analyses uit te voeren op basis van betere, actuelere gegevens. Als eerste stap is het daarbij noodzakelijk om, gezamenlijk met de zorgaanbieders en zorgkantoren, dit hele proces vorm te geven. Wij zijn ons bewust van de verbetermogelijkheden in het eerste advies met betrekking tot de vergelijkbaarheid. We hebben hier in de doorontwikkeling ook aandacht voor gehad. We verwijzen u hiervoor door naar de hoofdstukken 1 en 3.

C. Transparantie

Voor transparantie hebben we twee adviezen ontvangen: (1) geef duidelijker inzicht in wie de peers zijn en (2) geef spiegelinformatie over zorgaanbieders.

Onze reflectie

Een belangrijk uitgangspunt hierbij is dat de identiteit en gegevens van zorgaanbieders bekend gemaakt mogen worden. Op het moment van schrijven is dit echter nog niet mogelijk. Deze adviezen geven aan dat deze transparantie een grote meerwaarde kan hebben, zeker voor het proces van leren en verbeteren. In het rapport geeft SiRM een lijst van eventuele spiegelinformatie. Deze lijst hebben we gebruikt om het transparantie-vraagstuk concreter te maken, zie hoofdstuk 5 voor meer informatie.

D. Terugkoppeling

Ten aanzien van de terugkoppeling hebben we vijf adviezen ontvangen: (1) gebruik concrete voorbeelden die voor elke zorgaanbieder te herleiden zijn tot de door hen aangeleverde data, (2) druk de resultaten van de IV uit in getallen of ratio's die herkenbaar en bruikbaar zijn in de praktijk, (3) geef een duiding van de resultaten op basis van factoren waarover het management beslist, (4) maak begrippen expliciet om (ervaren) complexiteit te verminderen en (5) gebruik goede visualisaties in een online, interactief dashboard en heldere toelichting op de resultaten.

Onze reflectie

De adviezen van SiRM zijn concreet en helder. We hebben een onderdeel hiervan al toegepast door het stappenplan van de DEA-methode naar de individuele tarieven uit te leggen aan de hand van een rekenvoorbeeld (zie onderdeel 1.B). Wij constateren dat we deze ook breder kunnen toepassen dan de IV. Bijvoorbeeld bij het terugkoppelen van bevindingen bij een volgend kostenonderzoek. Indien mogelijk zouden we inzicht kunnen geven in de scores van een individuele zorgaanbieder ten opzichte van gemiddelde waarden. Door middel van een terugkoppeling met inzicht in hoe de scores tot stand zijn gekomen en welke factoren daaraan ten grondslag liggen, kunnen zorgaanbieders leren en verbeteren. Deze terugkoppeling kan tevens het startpunt vormen voor de zorginkoopdialoog.

E. Proces

Bij het proces van de doorontwikkeling en implementatie van de IV hebben we drie adviezen ontvangen: (1) laat het proces rondom het toevoegen van de tweede analysestap begeleid worden door een commissie die bestaat uit experts en vertegenwoordigers, (2) er zijn drie opties om de dialoog voor het proces van leren en verbeteren op gang te brengen (zorgaanbieders zelf, brancheverenigingen of zorgkantoren) en (3) overweeg om de IV stapsgewijs in te voeren om een breder draagvlak te bereiken.

Onze reflectie

De eerste twee adviezen van SiRM maken ons duidelijk dat het nodig is om beide processen vorm te geven met zorgaanbieders en zorgkantoren. Het is belangrijk dat meer partijen dan alleen de NZa de inhoudelijke keuzes (beïnvloedbaar versus niet-beïnvloedbaar) maken. Wij dienen wel een leidende rol te nemen bij de ontwikkeling van de methode en statistische analyses. Hoewel er verschillende opties zijn om de dialoog op gang te brengen, is het wel belangrijk dat het duidelijk is hoe dit proces zal verlopen. Het derde advies van stapsgewijze invoering sluit aan bij de uitgangspunten die gesteld zijn in de visie samen voor waardevolle zorg. Hier werd ook het belang van evolutionaire ontwikkeling benadrukt. Met de IV proberen we hier bij aan te sluiten door eerst het basismodel te ontwikkelen en hierop te reflecteren (nulmeting) en aan de hand van deze uitkomsten stap voor stap het model verder te ontwikkelen.

F. Toekomstperspectief

Met betrekking tot toekomstperspectief en draagvlak hebben we één advies ontvangen: (1) maak duidelijk hoe de IV gebruikt gaat worden voor bekostiging.

Onze reflectie

Wij onderschrijven het belang dat er een duidelijke visie nodig is over de toekomst van de ouderenzorg, waarbij er ook duidelijkheid komt welke bekostiging hier onderdeel van uitmaakt. Hiervoor is ook in ons advies vorig jaar aandacht geweest. In het coalitieakkoord zijn beleidsvoornemens opgenomen die hier richting aan geven.

5 Transparantie



Samenvatting

Voor het realiseren van de doelstellingen van de IV is het belangrijk om informatie van individuele aanbieders uit het model te kunnen delen met anderen dan de aanbieder zelf. Dit geldt voor zowel de doorontwikkeling van het model, het leren en verbeteren op basis van het model als - te zijner tijd - de onderbouwing van de tarieven. Een wetswijziging is nodig om de nodige transparantie te kunnen bieden. Daarom hebben wij, zoals ook in het advies van vorig jaar was opgenomen, in 2021 onderzocht welke informatie op welk moment en met wie gedeeld moet worden. In dit hoofdstuk wordt het voorlopige resultaat van dit denkproces, een tussenstand, beschreven.

Deze inzichten hebben we met VWS gedeeld om een belangenafweging te kunnen maken tussen de economische belangen van zorgaanbieders en de (mogelijke) inbreuk op de mededinging enerzijds en de maatschappelijke impact van de informatiedeling anderzijds. In dit proces is ook de Autoriteit Consument en Markt (ACM) betrokken. Uit de gesprekken kwam naar voren dat de ACM in beginsel geen serieuze bezwaren ziet om de meeste van de voorgestelde variabelen te delen. Het gaat namelijk niet om concurrentiegevoelige informatie. Voor enkele variabelen moet het nog verder onderzocht worden.

Voor een mogelijk vervolg is het van belang om het iteratieve proces (rondom het delen van gegevens) in gezamenlijkheid met de ACM en VWS vorm te geven. Hierbij moet specifieke aandacht zijn voor asymmetrie van informatie, wederkerigheid en de onderhandelingspositie van aanbieders en zorgkantoren.

A. Inleiding

In dit hoofdstuk zetten we uiteen welke stappen we het afgelopen jaar hebben gezet op het gebied van transparantie. Op dit gebied dienen keuzes gemaakt te worden. Verschillende onderdelen spelen een rol bij het maken van die keuzes. Deze onderdelen bespreken we in dit hoofdstuk.

Tijdens de nulmeting van de IV koppelden we gegevens van zorgaanbieders terug aan andere zorgaanbieders. Hierbij gingen we uit van de bestaande juridische basis. Hierdoor waren de gegevens niet herleidbaar naar individuele zorgaanbieders.

De IV in de huidige uitwerking gaat uit van een vergelijking van individuele zorgaanbieders met elkaar. Het doel van de IV is het doelmatig leveren van verpleeghuiszorg met behoud van kwaliteit en leren en verbeteren in de sector. Om dat doel te bereiken, is het nodig om informatie van zorgaanbieders uit het model te kunnen delen met andere zorgaanbieders en zorgkantoren. Dit is anders dan binnen de geldende regulering het geval is.

In ons advies stelden we voor om te onderzoeken welke gegevens we op welke momenten en aan welke partijen moeten terugkoppelen. VWS heeft ons gevraagd om de focus te leggen op de minimaal transparant te maken informatie. We maken hiervoor gebruik van de uitkomsten van de doorontwikkeling van het model (en dan specifiek de beschreven vertaling naar het tarief). Ook gebruiken we de uitkomsten van het onderzoek naar, onder andere, handvatten voor zorgaanbieders en zorgkantoren. Adviesbureau SiRM voerde dit onderzoek uit aan de hand van de uitkomsten van de nulmeting.

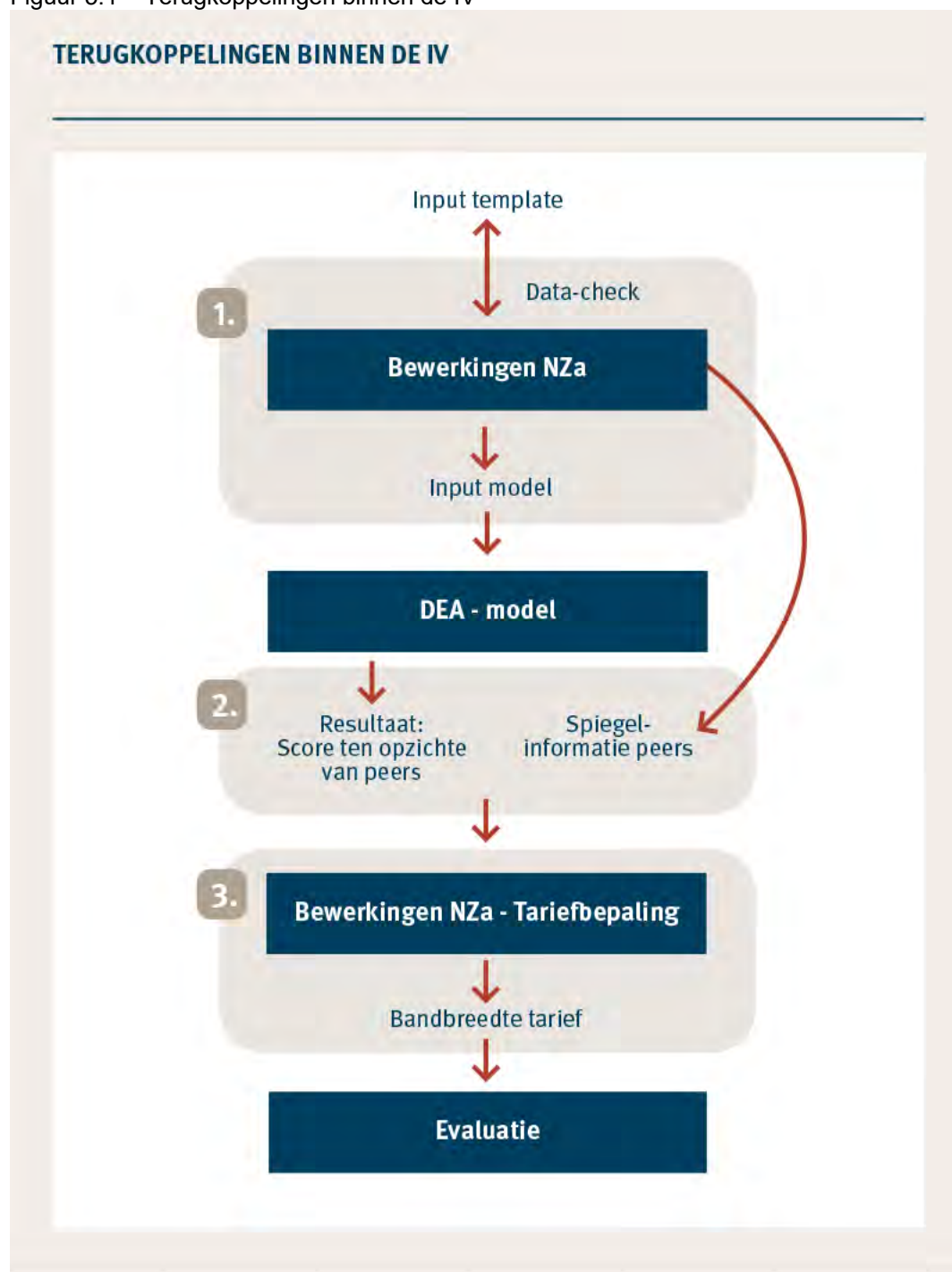
Doel van het afgelopen jaar was VWS input geven voor het maken van een belangenafweging. Deze stap is noodzakelijk voor de benodigde aanpassing van wet- en regelgeving. We hebben hier ook de ACM bij betrokken.

We beschrijven hierna het proces van gegevensdeling van de IV. In dit hoofdstuk beperken we ons tot de gegevensdeling via terugkoppelingen. We bespreken ideeën hoe de terugkoppelingen aan zorgaanbieders en zorgkantoren eruit zouden kunnen komen te zien. Ook geven we aandachtspunten mee voor de toekomstige verdere uitwerking van het onderdeel transparantie. Deze aandachtspunten zijn onder andere uit het onderzoek naar handvatten en uit de gesprekken met VWS en de ACM naar voren gekomen.

B. Gegevensdeling binnen de IV

Met de IV vergelijken we verpleeghuizen met elkaar. De uitkomsten van deze vergelijking willen we gebruiken om tarieven vast te stellen. In onderstaande figuur laten we zien welke stappen hiervoor nodig zijn. De paarsblauwe vakken met de cijfers 1,2 en 3 zijn de terugkoppelingen die belangrijk zijn voor het onderdeel transparantie. We leggen de verschillende stappen kort uit. Eerst vragen we zorgaanbieders om een data-template in te vullen. Daarna voeren wij controles en andere bewerkingen (o.a. correcties en afbakening) uit op deze data. Deze informatie koppelen we terug aan de zorgaanbieders, zie het vak met cijfer 1. Vervolgens voeren we de stappen uit zoals beschreven in hoofdstuk 1. In dit stappenplan vinden twee terugkoppelingen plaats, zie het tweede en derde vak. Bij de nulmeting vonden alleen de eerste en tweede terugkoppeling plaats. De derde terugkoppeling vond niet plaats. De reden hiervoor was omdat we de methode voor het bepalen van de tarieven op basis van de IV nog niet hadden uitgewerkt. We laten hier de splitsing tussen de tweede en derde terugkoppeling zien om het onderscheid tussen de nul- en een (eventuele) vervolgmeting met tariefbepaling te maken. Als we de tarieven in de toekomst gaan baseren op de IV, willen we onderzoeken of we de tweede en derde terugkoppeling samen kunnen voegen tot één terugkoppeling. De eerste terugkoppeling blijft wel apart bestaan.

Figuur 5.1 – Terugkoppelingen binnen de IV



C. Inhoud van de terugkoppelingen

De beschreven terugkoppelingen richten we in de eerste plaats aan de zorgaanbieders. We bespreken het terugkoppelen van gegevens aan zorgkantoren in een volgende paragraaf.

Tabel 5.1 biedt een voorlopig overzicht van de variabelen (naar eenheid) die in de terugkoppelingen terechtkomen. Het is belangrijk om te zeggen dat deze tabel een voorbeeld is van hoe deze terugkoppelingen er uit kunnen komen te zien. De meeste variabelen zijn niet openbaar beschikbaar via de website van de zorgaanbieder, JaarverantwoordingZorg of de website van de IGJ. Deze openbare gegevens zijn namelijk veelal minder gedetailleerd en van een ander aggregatieniveau dan wat wij nodig hebben voor de IV. Dit bevestigt de noodzaak van een wetswijziging om de nodige transparantie te kunnen bieden.

Terugkoppeling 1: data en bewerkingen

De eerste terugkoppeling bevat drie onderdelen: eigen inputgegevens van zorgaanbieders, de bewerkingen die wij hier op hebben gedaan (deze zijn voor alle zorgaanbieders vergelijkbaar) en resultaten van deze bewerkingen. We geven ook definities en voorbeelden in deze terugkoppeling. Hierdoor kunnen zorgaanbieders de uitgevoerde bewerkingen stap voor stap controleren. Daarnaast geven we aan of de gegevens van de zorgaanbieder van voldoende kwaliteit zijn om de zorgaanbieder op te nemen in de referentieset. De referentieset bestaat uit de zorgaanbieders die we meenemen in de tariefberekening. Voor meer informatie hierover verwijzen we u naar hoofdstuk 1.

Na de eerste terugkoppeling geven we zorgaanbieders de mogelijkheid de inputgegevens aan te passen. Hierna geven we een nieuwe terugkoppeling met de resultaten van de bewerkingen op de gecorrigeerde gegevens. We kunnen deze stap een aantal keer herhalen om er gezamenlijk voor te zorgen dat de datakwaliteit zo goed mogelijk is. We gebruiken de teruggekoppelde informatie namelijk voor het uitvoeren van de DEA-methode. Met de uitkomsten van de methode stellen we uiteindelijk de tarieven vast. In deze fase van het proces zijn de uitkomsten van de methode echter nog niet bekend. Daarom koppelen we alleen de eigen gegevens terug aan de zorgaanbieders. Voor deze terugkoppeling is de wetswijziging dan ook nog niet nodig.

Terugkoppeling 2: modelresultaten en spiegelinformatie

De tweede terugkoppeling bevat twee onderdelen: de resultaten die volgen na het uitvoeren van de DEA-methode en spiegelinformatie van andere zorgaanbieders.

Alle zorgaanbieders ontvangen in deze terugkoppeling hun peers en de bijbehorende gewichten. We gebruiken de gewichten van de peers in de tariefvertaling. Een peer die meer bepalend is voor de uitkomsten (die 'dichterbij' de zorgaanbieder staat met betrekking tot zijn verpleeghuiszorgproductie), krijgt een hoger gewicht.

Veel zorgaanbieders hebben aangegeven meer informatie over hun peers te willen weten: hun naam en spiegelinformatie, zie hiervoor hoofdstuk 4. Zorgaanbieders kunnen deze spiegelinformatie gebruiken om de dialoog met andere zorgaanbieders aan te gaan over onderlinge verschillen en overeenkomsten. Een belangrijk doel van deze terugkoppeling is dan ook leren en verbeteren door zorgaanbieders op het vlak van bedrijfsvoering.

Tijdens de nulmeting koppelden we dit soort spiegelinformatie geanonimiseerd terug. Zorgaanbieders kregen dus wel de informatie, maar het was hen onbekend van welke zorgaanbieder deze informatie was. Bij een eventueel vervolg, willen we graag dat bekend mag worden van welke zorgaanbieders deze informatie is. Voor de zorgaanbieders die geen peer zijn, zou het dan gaan om de informatie van

hun peers. Voor de zorgaanbieders die zelf peer zijn, willen we nog onderzoeken welke informatie we willen terugkoppelen. Daarnaast kunnen we ook nog onderzoeken of er andere (geanonimiseerde) informatie gedeeld kan worden met zorgaanbieders.

Terugkoppeling 3: tariefbepaling

De derde terugkoppeling bevat twee onderdelen: de tariefvertaling en de benodigde gegevens hiervoor. De tariefvertaling is gelijk voor alle zorgaanbieders. De benodigde gegevens hiervoor verschillen per zorgaanbieder. In de laatste kolom beschrijven we welke gegevens er precies gedeeld moeten worden met zorgaanbieders om de verschillende stappen te kunnen uitvoeren. De stappen bespreken we uitgebreid in het stappenplan (binnen hoofdstuk 1). Als er bij een eventueel vervolg stappen aangepast of concreter worden, dan kan het zijn dat de tabel aangepast dient te worden.

Gegevensdeling met zorgkantoren

Het is belangrijk dat zorgkantoren over dezelfde informatie beschikken als zorgaanbieders. Dit zorgt voor een gelijk speelveld bij de zorginkoopdialoog. Zorgkantoren zouden dus minimaal de terugkoppelingen 2 en 3 van alle zorgaanbieders in hun regio moeten ontvangen (vooralsnog is deze conclusie bereikt zonder te letten op de in terugkoppeling 1 opgenomen bijschatting. Als in de toekomst een vorm van bijschatting nodig blijft, zal dit verder moeten worden gezien). Zorgkantoren hebben meerdere zorgaanbieders in hun regio. Hierdoor ontvangen zij in totaal (iets) meer informatie dan de zorgaanbieders.

Concluderend is het dus wenselijk dat terugkoppelingen 2 en 3 met niet-geanonimiseerde gegevens van zorgaanbieders ook gedeeld kunnen worden met andere zorgaanbieders en met zorgkantoren. Het is dus van belang dat de benodigde wetswijziging ten behoeve van transparantie wordt gerealiseerd.

Tabel 5.1 – Voorbeeld inhoud terugkoppeling: (niet definitief en niet limitatief)

- * Deze gegevens zijn (mogelijk) ook openbaar beschikbaar via de website van de zorgaanbieder, JaarverantwoordingZorg of de website van de IGJ.
- ** We hebben drie varianten besproken met VWS en de ACM:
- Delen van anonieme informatie aan alle zorgaanbieders
 - Delen van gemiddelden aan alle zorgaanbieders
 - Delen van niet-anonieme informatie aan een zorgaanbieder van diens peers
- *** Stap 6 is toegevoegd aan de tabel nadat we de ACM en VWS hebben besproken vanwege voortschrijdend inzicht in het stappenplan.

Terugkoppeling 1: Data & bewerkingen	Terugkoppeling 2: DEA-model	Terugkoppeling 2**:	Terugkoppeling 3: Tariefbepaling (we volgen hier de stappen uit hoofdstuk Model)
Alle inputinformatie (€ en aantallen)	Uitkomsten van stap 1: <ul style="list-style-type: none"> • Peers (incl. naam) • Gewichten peers 	Gedeeld bij de nulmeting: <ul style="list-style-type: none"> • Totale omzet* • Verdeling omzet (€): <ul style="list-style-type: none"> • ZZP/VPT VV4-VV10 • Niet Kwaliteitskader • Overige zorg • Verdeling kostenbasis VV (€): <ul style="list-style-type: none"> • Personeel (opgegeven) • Personeel (bijschatting) • Materieel • Kapitaal • Overig • Bijschatting per dag (€) (indien van toepassing) • Personeel naar niveau (aantallen/%): <ul style="list-style-type: none"> • Leerlingen • Niveau 1-3 • Niveau 4-6 • Behandelaar • Overige zorgpersoneel • Totale inhuur • Ziekteverzuim (%)* • Regio* 	Stap 2: Splitsing kosten Kwaliteitskaderproductie Per zorgaanbieder: <ul style="list-style-type: none"> • Gerealiseerde omzet Kwaliteitskader-productie (€) • Gerealiseerde omzet aanverwante productie (€) • Gemaakte kosten(€) • Bijschatting (€)
Bewerkingen NZa Methode gelijk voor alle zorgaanbieders: <ul style="list-style-type: none"> • Datachecks • Correcties • Bijschatting 	Als we de tweede analysestap toevoegen, dan ook per zorgaanbieder: <ul style="list-style-type: none"> • Efficiency score (%) (indien beschikbaar) 	Personeel: <ul style="list-style-type: none"> • Gemiddelde loonkosten naar (€): <ul style="list-style-type: none"> • Leerlingen • Niveau 1-3 • Niveau 4-6 • Behandelaar • Overig zorgpersoneel • Totale inhuur • Kwalitatieve factoren, zoals tevredenheid personeel (%) • Inzet vrijwilligers/welzijns-medewerkers (%) • Opleidingskosten (€/%)* • Inzet FTE per cliënt (uur/%) 	Stap 3: Bepaling van de minimumomzet Kwaliteitskaderproductie Voor zorgaanbieder die zelf peer zijn: <ul style="list-style-type: none"> • Eigen afgesplitste kosten Kwaliteitskaderproductie (€) (berekend in stap 2) • Eigen gestandaardiseerde omzet (€) Voor zorgaanbieders die geen peer zijn: <ul style="list-style-type: none"> • Gewichten van peers • Minimumomzet (t.o.v. gestandaardiseerde omzet) van peers (€) • Eigen gestandaardiseerde omzet (€)

Terugkoppeling 1: Data & bewerkingen	Terugkoppeling 2: DEA-model	Terugkoppeling 2**:	Terugkoppeling 3: Tariefbepaling (we volgen hier de stappen uit hoofdstuk Model)
		<ul style="list-style-type: none"> • Invulling open vacatures (%) • Leefijdsopbouw personeel (%) 	
<p>Resultaat van bewerkingen; alleen eigen gegevens</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestandaardiseerde omzet productie Kwaliteitskader • Gerealiseerde omzet productie niet-kwaliteitskader • Gemaakte kosten • Bijschatting 		<p>Bedrijfsvoering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bezettingsgraad (%) • Overheadkosten (€) • Bijzondere omstandigheden* • Gemiddelde verblijfsduur (dagen) • Gemiddelde groepsgroote (aantal) • Kwaliteitsbeoordelingen/ • Indicatoren (%) • Inzet domotica/digitalisering (%) • Zorgaanbod (%) • Informatie huisvesting en gebouwlasten (kwalitatief) 	<p>Stap 4: Berekening van het bandbreedte-percentage</p> <ul style="list-style-type: none"> • De afgesplitste kosten van alle zorgaanbieders (€) • De minimumomzet van alle zorgaanbieders (€)
		<p>Overige variabelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gemiddelde kapitaallasten afgelopen 3-5 jaar* (€) • Verhouding extra benodigde FTE/bestaande FTE (bijschatting) (%) • Stedelijkheid* (%) • Sociaaleconomische status (indicator) • Aantal locaties verpleeghuiszorg* (aantal) • Gemiddelde grootte locatie* (aantal) 	<p>Stap 5: Berekening van de maximumomzet Kwaliteitskaderproductie</p> <p>Per zorgaanbieder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eigen minimumomzet (t.o.v. gestandaardiseerde omzet (€)) • Bandbreedte-percentage (%)
			<p>Stap 6: Vertaling naar het tarief***</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zorgdeel van initiële maximumtarief van alle prestaties • Gestandaardiseerde omzet van alle prestaties horende bij Kwaliteitskader-productie van alle zorgaanbieders <p>Maximumomzet t.o.v. gestandaardiseerde omzet van alle zorgaanbieders</p>

D. Toekomstige uitwerking transparantie

Bovenstaande tabel is het voorlopige resultaat van het denkproces rond transparantie dat het afgelopen jaar in het kader van de doorontwikkeling is doorlopen. Hierin zijn de resultaten van de doorontwikkeling van het model en de resultaten van het onderzoek van SiRM verwerkt.

We hebben de (voorlopige) gegevens uit bovenstaande tabel uit een eerdere versie besproken met VWS en de ACM (nadien is in kolom 1 van de tabel de bijschatting meer expliciet opgenomen. In kolom 4 is de terminologie gewijzigd, maar wordt hetzelfde bedoeld. Verder is in kolom 4 stap 6 toegevoegd). We vroegen aan de ACM of zij mededingingsrisico's zien om bedrijfsgegevens van zorgaanbieders onderling en met zorgkantoren te delen. Ook gaven we VWS inzicht in het benodigde niveau van transparantie dat nodig is om de IV doelmatig in te zetten. Dit inzicht is nodig om de nodige belangenafweging te maken tussen de economische belangen van zorgaanbieders, de inbreuk op de mededinging en het vergroten van de doelmatigheid van de verpleeghuiszorg. Deze belangenafweging moet voorafgaand ten behoeve van een eventuele wetswijziging door VWS worden gemaakt.

Uit de gesprekken kwam naar voren dat de ACM vanuit het oogpunt van mededinging verkennenderwijs geen grote bezwaren had om de gegevens te delen. In veel gevallen gaat het namelijk niet om concurrentiegevoelige informatie. Voor enkele variabelen moet dit nog verder worden onderzocht. Voorbeelden van zulke variabelen zijn loonkosten naar niveau, de bezettingsgraad of de gemiddelde verblijfsduur van cliënten. Daarnaast heeft de ACM aangegeven pas een definitief oordeel te kunnen geven wanneer het vraagstuk rond transparantie volledig uitgewerkt is. We hebben VWS met de gesprekken aangrijpingspunten geboden om het proces rond een wetswijziging ten behoeve van de nodige transparantie bij de IV verder voort te zetten/voor te bereiden. Voor een mogelijk vervolg is het van belang dat het iteratieve proces (rondom het delen van informatie) verder vormgegeven wordt en dat VWS en ACM verder gaan met de belangenafweging.

Een aantal onderwerpen kwam het afgelopen jaar uit het onderzoek naar handvatten en de gesprekken met VWS en ACM naar voren. We moeten in de toekomst rekening houden met deze drie onderwerpen. Het gaat om de wederkerigheid die zorgaanbieders wensen bij het delen van gegevens, de asymmetrie van gegevens tussen zorgaanbieders onderling enerzijds en tussen zorgaanbieders en zorgkantoren anderzijds en tot slot de versterking van de onderhandelingspositie van zorgaanbieders en zorgkantoren die kan voortkomen uit het delen van gegevens. Deze onderwerpen lichten we hierna toe.

Wederkerigheid

In het onderzoek naar handvatten voor zorgaanbieders en zorgkantoren gaven zorgaanbieders aan veel waarde te hechten aan wederkerigheid bij het delen van gegevens. Dit houdt in dat zorgaanbieders die hun informatie aan andere zorgaanbieders voor de IV beschikbaar stellen, daar ook informatie van anderen voor terug willen ontvangen. Zorgaanbieders die als eigen peer worden aangemerkt, zijn zelf het meest kostenefficiënt gegeven hun productmix. Zij hebben geen peers wiens informatie ze kunnen ontvangen. Om ook voor deze groep het leren en verbeteren te faciliteren, kan verder worden verkend welke informatie in het kader van wederkerigheid kan worden teruggekoppeld.

Ook het aantal peers kan tussen zorgaanbieders verschillen. Daardoor verschilt de hoeveelheid informatie die zorgaanbieders over andere zorgaanbieders ontvangen. Dit hoeft geen probleem te vormen. Maar in het kader van de behoefte aan wederkerigheid moet dit wel worden meegenomen in de afwegingen die rond transparantie worden gemaakt. Welke informatie hiervoor relevant en gewenst is, moet nog verder onderzocht worden.

Asymmetrie van gegevens

Gerelateerd aan wederkerigheid is de asymmetrie van gegevens. Die kan ontstaan tussen zorgaanbieders onderling en tussen zorgaanbieders en zorgkantoren. Dit kan van invloed zijn op de mate waarin het speelveld als gelijk wordt ervaren. Een goede belangenafweging tussen transparantie en het creëren van een gelijk speelveld is noodzakelijk.

Daarnaast kan de relatief kleine groep zorgaanbieders die als peer fungeert mogelijk van veel zorgaanbieders het verzoek krijgen in gesprek te gaan over de resultaten van het model en de spiegelinformatie. Bij de nulmeting waren 34 zorgaanbieders een peer. Mogelijk is het nodig dat er een proces wordt ingericht om gesprekken tussen peers en niet-peers goed te faciliteren. De informatie-asymmetrie is dus een belangrijk vraagstuk dat bij een verdere uitwerking van transparantie op meerdere onderdelen aandacht verdient.

Versterking onderhandelingspositie

Uit gesprekken met de ACM kwam een aandachtspunt naar voren dat relevant is bij het introduceren van een nieuwe methode voor tariefonderbouwing waarbij transparantie van gegevens een rol speelt (in dit geval op basis van de IV). Het aandachtspunt houdt in dat het van belang is de ontwikkeling van de vastgestelde tarieven in de tijd nauwgezet te blijven volgen. Enerzijds kan de toename van beschikbare bedrijfseconomische gegevens er namelijk toe leiden dat zorgaanbieders deze strategisch in gaan zetten in de onderhandelingen met zorgkantoren. Zij kunnen daarmee mogelijk hun onderhandelingspositie versterken.

Anderzijds kunnen ook zorgkantoren een grotere informatiepositie krijgen dan zorgaanbieders wanneer zij de tariefbeschikkingen met onderbouwing van alle zorgaanbieders in hun regio ontvangen. In dat kader moet worden gezien of en hoe eventueel strategisch gedrag van zorgkantoren moet worden gemonitord en wat de rol van de NZa zou kunnen zijn.

In hoeverre genoemde aspecten de onderhandelingspositie van zorgaanbieders en zorgkantoren daadwerkelijk beïnvloeden en wat de gevolgen hiervan zijn, kan in het vervolg worden onderzocht. Daarbij kan ook worden bekeken hoe deze effecten zich tot elkaar verhouden.

6 Vooruitblik



De toekomstbestendigheid van de ouderenzorg ligt onder een vergrootglas. In het coalitieakkoord zijn een aantal keuzes gemaakt rondom de zorg voor ouderen. Het nieuwe kabinet heeft het beleidsvoornemen om in plaats van via een IV te gaan sturen via onder andere (1) een geleidelijke vorm van scheiden van wonen en zorg gecombineerd met (2) een herinterpretatie van de personeelsnorm uit het Kwaliteitskader, (3) het overhevelen van behandeling en geneesmiddelen van de Wlz naar de Zvw en (4) het verplichten van meerjarige contracten en budgetafspraken door de zorgkantoren. Ook wordt in het coalitieakkoord gesproken over (5) het toevoegen van normatieve elementen aan de tarieven. Wij onderstrepen het belang van een toekomstbestendige ouderenzorg, zodat mensen die dit nodig hebben kunnen rekenen op passende zorg.

De komende periode dragen ook wij aan deze toekomstbestendige ouderenzorg op velerlei vlakken ons steentje bij.

Allereerst door het uitvoeren van kostenonderzoeken. De komende periode richten we ons op de voorbereidingen van nieuwe (kosten)onderzoeken in de verschillende sectoren van waaruit zorg voor ouderen wordt geleverd (zoals de langdurige zorg, maar ook de kortdurende zorg en wijkverpleging).

Ten tweede zullen wij onze rol pakken bij de uitwerking van de aangekondigde maatregelen in het coalitieakkoord. Voor de ouderenzorg zullen onder andere het scheiden van wonen en zorg en het overhevelen van behandeling naar de Zvw grote impact hebben op de prestaties en tariefregulering. Wij zien een rol voor ons weggelegd in het ondersteunen van de Minister voor Langdurige Zorg en Sport door bijvoorbeeld het uitvoeren van analyses die behulpzaam zijn bij deze, en mogelijk nog andere, keuzes. Daarnaast voelen wij de verantwoordelijkheid om vanuit onze rol mee te denken bij de verdere ontwikkeling van het Kwaliteitskader, omdat deze van invloed kan zijn op de hoogte van tarieven en de contracteerruimte.

Op dit moment werken we al aan verschillende onderzoeken en adviestrajecten die betrekking hebben op de zorg voor ouderen. We noemen in dit verband de monitor zorg voor ouderen waarin het zorggebruik vanuit de verschillende domeinen in kaart wordt gebracht, het bevorderen van domein overstijgende samenwerking met aandacht voor preventie, de medisch generalistische zorg, de (bekostiging van) samenwerking rondom de zorg voor kwetsbare ouderen en een verkenning naar de wijze waarop het volledig pakket thuis (vpt) in de ouderenzorg wordt ingezet, die behulpzaam kan zijn bij de verdere beleidsontwikkeling op het gebied van langer thuis wonen en het scheiden van wonen en zorg.

Tot slot denken wij dat het goed is om onderzoek te doen naar mogelijkheden om de bekostiging voor (onderdelen van de) ouderenzorg meer met elkaar in lijn te brengen. Daarnaast zijn wij voornemens om, na het publiceren van de nieuwe monitor zorg voor ouderen (verwachte publicatie maart 2022), nadere analyses uit te voeren ten aanzien van zorgpaden en de overgangen tussen verschillende sectoren en domeinen. Dit doen we op basis van het zorgtredenmodel. Zie voor een nadere toelichting over het zorgtredenmodel de eerdere versie van [de monitor zorg voor ouderen](#).

Met het ministerie van VWS en andere betrokken veldpartijen geven we graag nader invulling aan bovengenoemde thema's, zodat we samen werken aan toekomstbestendige ouderenzorg.

