



Nederlandse
Zorgautoriteit

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11

F 030 296 82 96

E info@nza.nl

I www.nza.nl

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Minister H.M. de Jonge
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Uw brief van
22 mei 2018

Behandeld door
Directie Regulering

Telefoonnummer
030 296 81 11

E-mailadres
info@nza.nl

Kenmerk
324325/499460

Onderwerp
Advies bekostiging Verpleeghuizen

Datum
25 maart 2019

Geachte heer De Jonge,

In deze brief beantwoorden wij uw vragen over de bekostiging van de verpleeghuizen. Deze brief en de bijbehorende stukken zijn vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op 19 maart 2019. Deze stukken zijn opgesteld naar aanleiding van uw verzoek in de brief van 22 mei 2018, en de voorlopige kaderbrief Wlz 2019 d.d. 2 juli 2018 (kenmerk 1372038-178547-LZ). In deze brief leest u ons advies hoe samen met de sector te komen tot bekostiging die goede verpleeghuiszorg ondersteunt. We starten deze brief met een verkenning. Op basis van de conclusies van deze verkenning volgt ons advies in twee onderdelen. We sluiten de brief af met aanbevelingen.

Kenmerk
324325/499460

Pagina
2 van 12

Verkenning

Algemene inleiding

U heeft de NZa om advies gevraagd om de overstap te maken naar landelijke maximumtarieven die rekening houden met zorg die wordt geleverd conform het kwaliteitskader en de best presterende instellingen. U vraagt om dit concept verder invulling te geven op een wijze die bijdraagt aan tariefregulering waarmee kwaliteit en doelmatigheid beide worden gestimuleerd.

Dit is een onderdeel van het Programmaplan Thuis in het Verpleeghuis. Het programma richt zich op het implementeren van het nieuwe kwaliteitskader en streeft naar meer persoonsgerichte zorg. Als gevolg van het nieuwe kwaliteitskader zijn er extra middelen beschikbaar voor de zorg. Bij het behalen van de nieuwe standaard speelt de bekostiging een belangrijke rol.

Voor we ingaan op de bekostiging van de verpleeghuizen, beschrijven we eerst kort de redenen waarom de overheid een regulerende rol heeft in de bekostiging van de verpleeghuissector. Daarin gaan we ook in op de verbetermogelijkheden van de huidige regulering.

Tarieven reguleren is noodzakelijk

Zorgkantoren hebben, op grond van hun zorgplicht, een belangrijke rol in de inkoop van zorg en het borgen van kwaliteit en doelmatigheid. In het programma Thuis in het Verpleeghuis wordt deze rol benadrukt. Zij geven hieraan invulling onder andere door gerichte afspraken te maken over zorgaanbod, kwaliteit en innovatie. Ook de NZa heeft een formele rol op het gebied van tariefregulering, welke in het programma wordt benoemd. Dit is noodzakelijk omdat zorgkantoren niet volledig kunnen sturen op het gebied van tarifiering, omdat niet aan alle randvoorwaarden wordt voldaan.

Zo is er beperkt informatie over de kwaliteit van de zorg in verpleeghuizen beschikbaar. Bovendien is er zeer weinig informatie beschikbaar over de relatie tussen de kosten die verpleeghuizen maken en de kwaliteit die ze daarvoor kunnen leveren. Zorgkantoren kunnen daarom niet goed op prijs-kwaliteitverhouding inkopen. Omdat de zorgkantoren zelf niet de betalende partijen zijn, hebben ze daarnaast weinig (financiële) prikkels om dit te doen. Verder is er mogelijk sprake van een machtige onderhandelingspositie van zorgaanbieders. De zorgkantoren zijn van hen afhankelijk voor het invullen van hun zorgplicht. Dit geldt met name bij doelgroepen of regio's waar weinig zorgaanbod is. Het is daarom voor de zorgkantoren bijna onmogelijk om echt doelmatige tarieven vast te stellen en uit te onderhandelen. Daarom stelt de NZa tarieven en prestaties vast voor de verpleeghuiszorg. VWS stelt daarvoor de tariefsoort vast. Hiermee worden zorgkantoren beter in staat gesteld om doelmatig in te kopen.

Tarieven reguleren kan beter

De kosten van verpleeghuiszorg brengen we in Nederland met zijn allen op. Het doel van tariefregulering is dat we niet teveel betalen, maar ook niet te weinig. Als we teveel betalen dan verdwijnt het publieke zorggeld aan inefficiënte of niet noodzakelijke zorg. Te weinig betalen kan leiden tot ondermaatse kwaliteit en mogelijk wachtlijsten. Een goed tarief kan ook lokaal afhankelijk zijn. Als het duurder (of goedkoper) is om in bepaalde gebieden zorg aan te bieden, kan er ook lokaal schaarste ontstaan of teveel betaald worden.

Kenmerk
324325/499460

Pagina
3 van 12

Op dit moment vergelijken we voor het bepalen van de tarieven alleen de kosten per patiënttype (zorgzwaartepakketten - zzp). Meestal wordt op basis van de gemiddelde kosten één maximumtarief vastgesteld dat geldt voor alle verpleeghuizen. Deze methode biedt ruimte voor verbetering. Zo kunnen zorgaanbieders die inefficiënt opereren nu nog hun kosten dekken door minder uit te geven aan de zorg, zonder dat dit inzichtelijk is. Ook kunnen er specifieke omstandigheden zijn waar aanbieders geen invloed op hebben, maar die wel invloed hebben op de kostprijs. Voor deze omstandigheden wordt op dit moment niet gecorrigeerd. Tot slot biedt deze vorm van bekostiging weinig ruimte om mee te groeien met verzwaring van zorg omdat het tarief steeds op basis van historische zorglevering en kosten wordt vastgesteld.

Bredere blik

De sturing vanuit bekostiging staat niet op zich, maar is één van de manieren waarop de verpleeghuizen worden beïnvloed. Om een goed advies te geven over de toegevoegde waarde van sturing in de bekostiging was het voor de NZa noodzakelijk om een veldraadpleging te doen. Wij hebben samen met 40 invloedrijke beslissers uit het veld gezocht of en op welke manier bekostiging bij kan dragen aan kwaliteit en doelmatigheid van zorg¹. Dit perspectief is in het advies meegenomen als één van de achterliggende documenten, weergegeven in bijlage A. De NZa ziet bruikbare aanknopingspunten voor de bekostiging van de verpleeghuiszorg in dit perspectief voor de toekomst.

Uitgangspunten van bekostiging

Het perspectief schetst de uitdagingen in de toekomst, waaronder toenemende zorgvraag, arbeidsmarktproblematiek, veranderde blik op verpleeghuiszorg en wisselingen in economische voorspoed.

Gezamenlijk zijn uitgangspunten voor de bekostiging geformuleerd. Eerste uitgangspunt is dat de bekostiging de intrinsieke motivatie van bestuurders en professionals ondersteunt om zorg te leveren die aansluit bij de wensen en behoeften van cliënten. Belangrijk is dat het gezamenlijke groeipad een evolutiemodel is. Veranderingen moeten geleidelijk gaan, niet met ingrijpende (stelsel-)wijzigingen. Dit moet leiden tot een eenvoudig en duurzaam bekostigingsmodel. Hierin wordt een basisniveau van zorg gefinancierd waar alle cliënten op kunnen rekenen. Om hier naartoe te groeien is vertrouwen en openheid noodzakelijk. Zo is het mogelijk om gebruik te maken van het lerend vermogen van de sector. En kan verantwoording zowel narratief als normatief plaatsvinden.

Bekostigingsmodel

Op basis van deze uitgangspunten is in het perspectief een bekostigingsmodel van de toekomst geschetst. Dit model betreft een verkenning, geen blauwdruk. Ook raakt dit model aan vraagstukken die verder reiken dan tariefregulering en de verantwoordelijkheden van de NZa. De NZa neemt de onderdelen van deze verkenning mee in dit advies voor zover het betrekking op de tariefregulering en de taken van de NZa.

¹ Het sponsorteam, bestaande uit Karin Leferink (RvB IJsselheem), Carin Gaemers (schrijver manifest Scherp op ouderenzorg), Caro Verlaan (senior manager langdurige zorg CZ), Jan Hamers (professor ouderenzorg Universiteit van Maastricht) en Josefiën Kursten (directeur regulering NZa), heeft samen met een team van de NZa een tweedaagse werkconferentie georganiseerd om de kennis uit het veld te benutten en eensgezind tot een perspectief te komen.

Kenmerk
324325/499460

Pagina
4 van 12

In het model staan een aantal belangrijke elementen op het gebied van bekostiging:

- Er is een basis van goede verpleeghuiszorg, conform het kwaliteitskader, waar een doelmatig tarief tegenover staat. Dit tarief stelt zorgaanbieders in staat om aan de normen van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg te voldoen, zodat elke inwoner van Nederland kan rekenen op dezelfde basiskwaliteit. Deze basiskwaliteit is normatief omschreven. Het tarief dat zorgaanbieders ontvangen moet rekening houden met de zwaarte van de zorgvraag van cliënten, uitgaan van een efficiënte bedrijfsvoering en rekening houden met niet-beïnvloedbare factoren.
- In een cyclisch proces wordt onderzocht welke zorgaanbieders te maken hebben met (niet-beïnvloedbare) kostenverhogende omstandigheden en daardoor het kwaliteitskader niet kunnen halen. Zij worden hiervoor gecompenseerd, zodat iedereen zorg kan leveren conform het kwaliteitskader. Te denken valt aan bijvoorbeeld geografische verschillen.
- Het tarief moet ook ruimte geven aan investeringen en innovaties door verpleeghuizen. Niet alles is echter te voorzien. Daarom zou een investeringsruimte gebruikt kunnen worden voor vernieuwingen, experimenten en onvoorziene knelpunten. Hiervoor zijn maatwerk afspraken met zorgaanbieders nodig.

Conclusies

De NZa heeft de uitgangspunten en de elementen uit het perspectief meegenomen in het onderstaande advies. Op deze manier willen wij zorgen dat ons advies aansluit bij wat er in het veld leeft.

Kenmerk
324325/499460

Pagina
5 van 12

Advies deel I

Tariefregulering die bijdraagt aan doelmatigheid en kwaliteit

Wij stellen voor dat zorgaanbieders een doelmatig tarief gaan ontvangen dat rekening houdt met de zorgvraagzwaarte en omstandigheden. Dit sluit aan bij uw vraag om in de tarieven rekening te houden met niet-beïnvloedbare factoren. Dit kunnen we alleen stapsgewijs bereiken, in samenwerking met de sector en op basis van betrouwbare data. Wij willen met de sector daarom stap voor stap het model ontwikkelen. Een integrale vergelijking tussen zorgaanbieders is daarbij de basis. In deze vergelijking leggen we het verband tussen de kosten die zorgaanbieders moeten maken en de kwaliteit die zij volgens het kwaliteitskader moeten leveren. Tariefdifferentiatie tussen zorgaanbieders op basis van kwaliteitsverschillen is hierbij niet het doel, de tarifiering gaat er van uit dat alle zorgaanbieders (in de toekomst) voldoen aan het kader.

Kortom, we houden rekening met de kwaliteitseisen die gelden vanuit het kader, het tarief moet voor alle aanbieders hoog genoeg zijn om aan het kwaliteitskader te kunnen voldoen, maar is gebaseerd op een efficiënte bedrijfsvoering. In de toekomst zal het tarief in kleine stapjes steeds verder op de vergelijking gebaseerd zijn.

Proces

Het is belangrijk om samen met de sector de keuzes binnen het model te maken en om te leren welke niet-beïnvloedbare factoren effect hebben op de kosten. Het monitoren van de groeiende personele inzet en de kosten is hier ook onderdeel van. Hiervoor willen we met partijen samen bepalen welke data nodig zijn. We willen hiervoor samenwerken met Zinl en onderzoeken hoe het Kik-V programma hieraan kan dragen. In dit programma worden namelijk al verschillende databronnen met informatie over de verpleeghuizen samengebracht. De resultaten van de analyse willen we met zorgaanbieders delen. Op deze wijze krijgen zij in toenemende mate inzicht in hun eigen functioneren. Zo levert het proces meer inzicht in de verpleeghuiszorg op. Dit proces moet in kleine stapjes plaatsvinden om zorgaanbieders de tijd te geven om mee te ontwikkelen met het model en om de bekostiging voorspelbaar te houden.

Box 1: voorbeelden op proces

Er zijn verschillende voorbeelden van processen waarbij samen met de sector een model vormgegeven wordt. In de Nederlandse zorg wordt bijvoorbeeld al sinds 1996 de risico-verevening gemaakt. Een buitenlands voorbeeld is de meer dan 20 jaar lopende samenwerking in de energiemarkt in Noorwegen. Hoewel de inhoud hier uiteraard niet vergelijkbaar is met de verpleeghuiszorg, laten deze voorbeelden zien dat dergelijke processen lange tijd kunnen bestaan. Het afgelopen jaar hebben wij ervaring opgedaan met een dergelijk proces in het onderzoek naar de niet-beïnvloedbare factoren.

Eerste resultaten van onderzoek

De NZa heeft in het afgelopen jaar samen met 11 zorgaanbieders al een eerste onderzoek gedaan naar niet-beïnvloedbare factoren. We zijn gestart vanuit de vraag of zorg in de grote steden duurder is dan daar buiten. We hebben het onderzoek breed ingestoken en daarmee niet alleen gekeken naar verschillen in kosten voor huisvesting en personeel maar ook naar andere elementen zoals verzuim, inhuur van personeel en deskundigheid.

Kenmerk
324325/499460

Pagina
6 van 12

De resultaten van het onderzoek laten zien dat er geen verschillen zijn tussen verpleeghuizen wat betreft de totale kosten per verpleegdag. Dit is logisch omdat de inkomsten van de verpleeghuizen niet of nauwelijks verschillen. Er zijn echter wel bij andere elementen, onder andere in het aandeel inhuur en verzuim, niet-beïnvloedbare verschillen te zien die samenhangen met de omgeving van de zorgaanbieder. Bij verzuim geldt dit niet alleen voor de grote steden maar ook voor wijken met een lagere sociaal economische status. We hebben dus aanwijzingen uit de data dat in sommige regio's de kosten hoger zouden zijn om goede verpleeghuiszorg te leveren. Omdat zorgaanbieders uit oogpunt van duurzame bedrijfsvoering de kosten in balans houden met de opbrengsten, betekent dit dat een aanpassing in de bekostiging wenselijk is. We gaan in overleg met de zorgkantoren en zorgaanbieders hoe deze resultaten in de bekostiging voor 2020 kunnen landen.

Tegen de verwachting van sommige zorgaanbieders in vonden we geen verschillen in kapitaallasten tussen aanbieders die samenhangen met de omgeving. Het kan dus zijn dat zorgaanbieders in de samenstelling van hun vastgoedportefeuille goed op de kosten kunnen sturen. Het kan ook zijn dat in sommige gebieden de kwaliteit en grootte van het vastgoed minder is. In dit onderzoek hadden we hier geen data over. Daarom kijken we samen met partijen op welke wijze de stand van het vastgoed in kaart gebracht kan worden. In dit vervolgtraject nemen we ook de constatering uit het kostenonderzoek langdurige zorg mee dat er minder geld is ingezet voor vastgoed dan verwacht.

Het onderzoek leverde belangrijke inzichten op over niet-beïnvloedbare factoren in de verpleeghuissector. Om verdere stappen in de bekostiging te kunnen zetten is het echter noodzakelijk om over te stappen naar een integrale analyse die meerdere kenmerken van zorgaanbieders gelijktijdig vergelijkt. Wanneer we voor alle elementen apart zouden corrigeren, treedt namelijk een onjuiste stapeling van de correctie op. Het onderzoek van het afgelopen jaar zien we daarom als een veelbelovende eerste stap naar het model dat we eerder schetsten. Een volledig onderzoeksverslag is weergegeven in bijlage B.

Kenmerk
324325/499460

Pagina
7 van 12

Advies deel II: Ingroei van de kwaliteitsbudgetten in de tarieven

Tussenliggende periode

Zorgaanbieders zijn nog aan het toegroeien naar het kwaliteitskader en het hiervoor beschreven model kan alleen stapsgewijs ontwikkeld worden. De ontwikkeling van het model kan tegelijk plaatsvinden met de overgangperiode waarin wordt toegewerkt naar een basistarief voor zorg volgens het kwaliteitskader. Deze tarieven moeten allereerst zoveel als mogelijk aansluiten bij de kostprijzen van de zorgaanbieders. Daarmee wordt een goede basis gevormd, waarop de correctie op basis van de integrale vergelijking zoals beschreven in deel I van het advies juist kan worden toegepast. Alleen als de basis goed is, kan de correctie betekenisvol zijn.

In deel II van het advies adviseren we om de bekostiging van verpleeghuiszorg te vereenvoudigen en toe te werken naar dit basistarief voor zorg volgens het kwaliteitskader. Daarbij worden de kwaliteitsmiddelen onderdeel van het integrale tarief. Wij gaan in dit deel van het advies in op uw vraag hoe de kwaliteitsbudgetten na de transitieperiode kunnen landen in de reguliere tarieven.

Ingroeipad

Voor de korte termijn is het van belang dat de bekostiging zorgaanbieders in staat stelt om het kwaliteitsniveau te kunnen bereiken dat voldoet aan de eisen van het kwaliteitskader. De eerste stap in de doorontwikkeling van de bekostiging is de ingroei van de kwaliteitsbudgetten in de tarieven. We bieden met een eindperspectief voor de ingroei duidelijkheid voor de korte termijn. Daarmee wordt duidelijk hoe de tarieven van zorgprestaties er uit komen te zien als de kwaliteitsmiddelen daarin zijn opgenomen. Dit eindperspectief bestaat uit herijkte integrale maximumtarieven op basis van het recent uitgevoerde kostenonderzoek, met een generieke ophoging voor de kwaliteitsgelden binnen dit integrale tarief.

Zorgkantoren hebben een grote sturende rol bij de toekenning van de kwaliteitsbudgetten. Door een eindperspectief voor de ingroei te geven, kunnen zij er ook op gaan sturen dat de kwaliteitsbudgetten op instellingsniveau op termijn zullen passen binnen de reguliere bekostiging.

We adviseren een ingroeipad waarbij de tarieven per 2020 worden herijkt. We vinden het belangrijk dat de tarieven snel herijkt worden. Enerzijds om veldpartijen snel duidelijkheid te geven om investeringsbeslissingen te kunnen nemen (zoals beslissingen over het aannemen van personeel). En anderzijds om de tarieven zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de kosten van de zorg, zodat patiëntselectie wordt voorkomen. Dit draagt bij aan de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Daarnaast maakt de herijking per 2020 mogelijk dat zorgkantoren bij de toekenning van de kwaliteitsgelden gaan sturen op het eindperspectief. Dat voorkomt dat er scheefgroei optreedt in de verhouding van het kwaliteitsbudget ten opzichte van de geleverde zorg. Zonder herijking zouden de huidige tarieven met een voor alle zorgprestaties gelijk percentage worden opgehoogd met de kwaliteitsgelden. Uit het kostenonderzoek is gebleken dat de huidige tarieven niet goed aansluiten bij de kostprijzen van de zorgprestaties. Er zouden daardoor relatief veel kwaliteitsgelden gaan naar de zorgprestaties voor cliënten met een relatief lichte zorgvraag die nu al een te hoog tarief hebben. Voor de zorgprestaties voor cliënten met een zware zorgvraag geldt het omgekeerde. Dit tarief is nu te laag en deze prestaties zouden relatief weinig kwaliteitsgelden krijgen. Dit leidt ertoe dat de impact van een tariefherijking na de ingroefase mogelijk zeer groot is.

Kenmerk
324325/499460

Pagina
8 van 12

Vorig jaar zijn de tarieven voor deze zorg niet herijkt, omdat het eindperspectief voor de ingroei van de middelen nog niet helder was. Indien het geadviseerde eindperspectief voor de ingroei van de kwaliteitsbudgetten door u wordt overgenomen, ontstaat die duidelijkheid over de tariefstelling inclusief de extra middelen per zorgprestatie. Daarmee worden onzekerheden weggenomen die nu een belemmering vormen bij beslissingen van zorgaanbieders over het aannemen van personeel. Dat geeft de benodigde rust en zekerheid voor het veld, die eerder nog ontbrak en aanleiding was om geen tariefherijking door te voeren.

In ons advies blijft het kwaliteitsbudget in 2020 zijn huidige vorm bestaan (tranches 2019 en 2020 cumulatief), naast de herijkte tarieven. Door in 2020 de lumpsumbekostiging voort te zetten, biedt dit lokaal de mogelijkheid om voor individuele zorgaanbieders al afspraken te maken ter hoogte van het structurele niveau, ook al is op macro niveau het kwaliteitsbudget nog niet tot het structurele niveau opgelopen.

Vanaf 2021, wanneer de kwaliteitsgelden zijn opgelopen tot het structurele niveau, stellen we een overgangsmodel voor, waarbij de kwaliteitsbudgetten niet meer in de vorm een lumpsum worden vergoed, maar in de vorm van een toeslag (met maximumtarief) op de tarieven.

Daarmee wordt het eindmodel direct zichtbaar in het tarief, maar kunnen de middelen nog wel geormerkt blijven, zodat hier apart op gestuurd kan worden, maatwerk kan worden geleverd, en er apart verantwoording over kan plaatsvinden.

We doen de aanbeveling om de toevoeging van de kwaliteitsmiddelen aan de integrale tarieven, en de daarmee gepaard gaande overheveling van de geormerkte ruimte naar de contracteerruimte, niet eerder te laten plaatsvinden dan het moment waarop de beschikbare kwaliteitsmiddelen volledig benut zijn. Wij adviseren om de totaal beschikbaar gestelde middelen in één keer, als alle tranches benut zijn, over te hevelen.

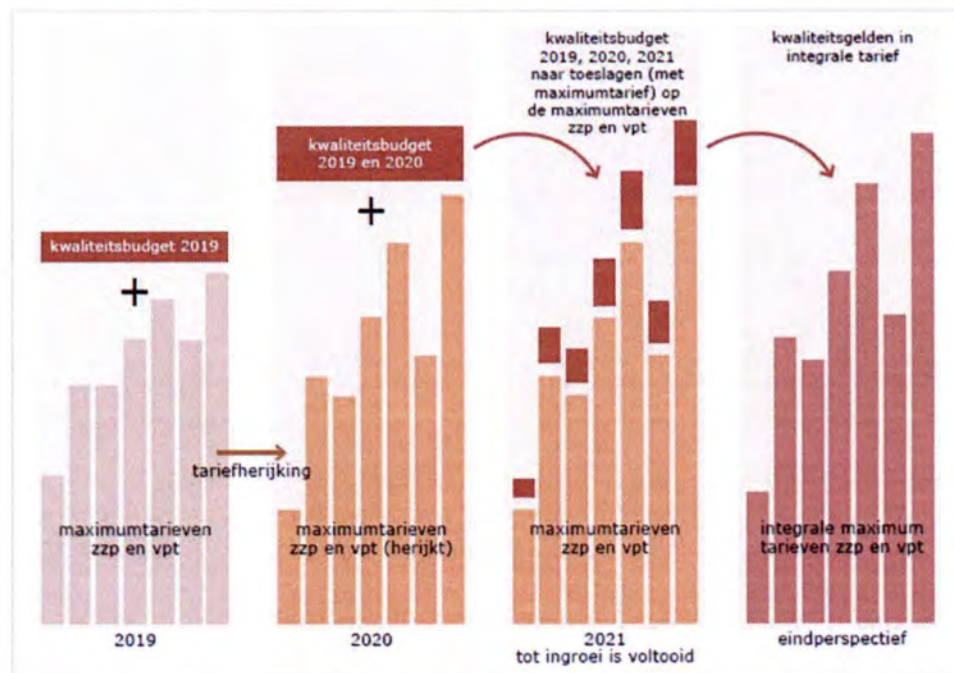
De NZa geeft in overweging om te verkennen of het wenselijk is om een investeringsbudget uit de kwaliteitsmiddelen vrij te maken en voor dit onderdeel een lumpsumbekostiging te continueren. Dit past bij het bekostigingsmodel voor de verpleeghuiszorg zoals in de veldraadpleging is besproken (zie 'onderzoek naar de toekomstige bekostiging' verderop in deze brief). Dit investeringsbudget hoeft geen nieuwe financieringsstroom in te houden, maar kan worden samengevoegd met diverse andere financieringsstromen bedoeld voor innoveren, leren en verbeteren.

Tevens adviseren we om de middelen voor Waardigheid en Trots in 2020 op te nemen in het integrale tarief. Ook dit draagt bij aan het verminderen van het aantal financieringsstromen met bijbehorende administratieve lasten.

Kenmerk
324325/499460

Pagina
9 van 12

Hieronder is het ingroeitraject schematisch weergegeven:



Het advies over de ingroei van de kwaliteitsbudgetten in de tarieven is tot stand gekomen na overleg met ActiZ, ZN en Zorgthuisnl. In technische overleggen en een schriftelijke raadpleging hebben deze brancheorganisaties input geleverd op voorbereidende notities van de NZa. De NZa heeft de input afgewogen en verwerkt in dit advies. Het advies is als bijlage C bijgevoegd bij deze brief.

Aanbevelingen

Op basis van adviesdelen I en II komen wij tot enkele concrete aanbevelingen om te komen tot een eenvoudiger bekostiging die bijdraagt aan goede en betaalbare verpleeghuiszorg. Deze zijn hieronder uitgewerkt.

Tariefregulering die bijdraagt aan doelmatigheid en kwaliteit

Wij stellen voor om samen met zorgaanbieders een jaarlijks proces vast te stellen waarbij een integrale vergelijking tussen zorgaanbieders wordt gedaan om te corrigeren voor niet-beïnvloedbare factoren en een doelmatig tarief vast te stellen.

Wij vragen u om in te stemmen met deze ontwikkeling.

We adviseren om met het veld een dataset te ontwikkelen en die zo veel mogelijk aan te laten sluiten bij het KIK-V programma.

In samenwerking met de zorgkantoren onderzoeken we de komende maanden of en hoe aanpassing in de bekostiging op korte termijn vormgegeven kan worden op basis van de uitkomsten uit het onderzoek naar niet-beïnvloedbare factoren. Daarbij zullen we diverse scenario's uitwerken met als doel per 2020 de bekostiging proportioneel aan te passen aan de geconstateerde verschillen. Om de resultaten uit het onderzoek te kunnen gebruiken voor de bekostiging, is een wijziging (of intrekking) van de 'Beleidsregel Wlz tarieven (gebruik kostenonderzoek)² nodig.

Ingroei van kwaliteitsmiddelen in de tarieven

De NZa heeft een aantal besluiten van de minister van VWS nodig om het advies over de ingroei van de kwaliteitsbudgetten in de tarieven te implementeren.

- **Eindperspectief**
Wij vragen u om duidelijkheid te bieden over het eindperspectief voor de landing van de kwaliteitsbudgetten in de tarieven. In het advies hebben wij voorgesteld om de integrale maximumtarieven in het eindperspectief te baseren op het recent uitgevoerde kostenonderzoek en een generieke ophoging voor de kwaliteitsmiddelen, binnen het integrale tarief. Het overhevelen van de kwaliteitsmiddelen die nu nog geormerkt zijn, naar de contracteerruimte op het moment dat de ingroEIFase is afgerond vergt een besluit van de minister van VWS.
- **Tariefherijking per 2020**
Om de tariefherijking per 1 januari 2020 op basis van het recent uitgevoerde kostenonderzoek door te kunnen voeren is een wijziging (of intrekking) van de 'Beleidsregel Wlz tarieven (gebruik kostenonderzoek)³ nodig. Het is belangrijk dat de minister hierover op korte termijn een besluit neemt, zodat de NZa de beleidsregels met de herijkte tarieven vóór 1 juli 2019 kan vaststellen.
- Daarnaast vragen we u om ook een besluit te nemen over het toevoegen van de middelen voor Waardigheid en Trots aan de integrale maximumtarieven. Hiervoor is een aanwijzing nodig in verband met de wijziging van de tariefsoort.

² Kenmerk 1373081-178634-PZo <https://wetten.overheid.nl/BWBR0041101/2018-07-03>

³ Kenmerk 1373081-178634-PZo <https://wetten.overheid.nl/BWBR0041101/2018-07-03>

Kenmerk
324325/499460

Pagina
11 van 12

- Ook is het aan te bevelen om al vroegtijdig een besluit te nemen over een eventuele afsplitsing van een investeringsbudget uit de kwaliteitsbudgetten, dat via een apart budget bekostigd blijft. Hoewel dit voor het jaar 2020 nog niet strikt noodzakelijk is, draagt een vroegtijdig besluit hierover wel bij aan duidelijkheid over het eindperspectief.
- Overgang op toeslagen (met maximumtarief) op de tarieven per zorgprestatie per 2021
Voor de overgang naar toeslagen op de tarieven per 2021 vragen we u om de onderverdeling van de bedragen voor de kwaliteitsgelden in prijs- en volumecomponenten aan de NZa kenbaar te maken, zodat daarmee de hoogte van de toeslagen op de tarieven berekend kan worden. Een besluit over welk bedrag in de tarieven verwerkt kan worden, is mede afhankelijk van een besluit over een eventuele afsplitsing van een investeringsbudget, en de omvang daarvan. Daarnaast is het aan te bevelen om het (generieke) percentage waarmee de tarieven vanaf 2021 worden opgehoogd in de vorm van een toeslag al vroegtijdig (indicatief, en onder voorbehoud van wijzigingen) bekend te maken. Dit kan bijvoorbeeld gelijktijdig met het vaststellen van de herijkte tarieven voor 2020. De benodigde bedragen voor de (voor het jaar 2021 geraamde) prijs- en volumecomponent ontvangen we daarvoor bij voorkeur in het voorjaar 2019.
- Daarnaast is voor de overgang op de toeslagen (met een maximumtarief) op de tarieven van de zorgprestaties een aanwijzing van VWS nodig, in verband met een wijziging van de tariefsoort voor de kwaliteitsgelden. Om de NZa-beleidsregels vóór 1 juli 2020 vast te kunnen stellen, is het belangrijk dat de minister voor die tijd de aanwijzing aan de NZa verstuurt.

Onderzoek naar de toekomstige bekostiging

In de veldraadpleging zijn onderwerpen naar voren gekomen die breder zijn dan de adviesvraag. Wij willen deze desondanks graag aan u meegeven omdat wij van mening zijn dat het de moeite waard is deze onderwerpen met het veld verder te onderzoeken en uit te werken.

- **Investeringsbudget**
De NZa adviseert om toe te werken naar meer eenvoud in de bekostiging. Momenteel zijn er veel verschillende mogelijkheden voor zorgaanbieders om investeringen voor innovatie en verbetering vergoed te krijgen. Iedere stroom heeft eigen eisen en criteria. De NZa adviseert om deze verschillende financieringsstromen in overleg met partijen te vereenvoudigen en waar mogelijk bij elkaar te voegen tot een overzichtelijk investeringsbudget.
- **Narratieve verantwoording**
Bij bekostiging van zorg hoort verantwoording. Hoe goede zorg eruit ziet, is echter voor iedereen anders. Dat betekent dat naast 'tellen' ook het 'vertellen' belangrijk is. Dit vult elkaar aan. Met name bij vernieuwingen en experimenten speelt dit een grote rol. De NZa adviseert om te onderzoeken of in de financiële verantwoording narratieve informatie een nadrukkelijker plaats kan krijgen.
- **Flexibilisering van de schotten**
De NZa adviseert om te onderzoeken of de schottenproblematiek verplaatst kan worden van de cliënt en de zorgaanbieder naar de financiers. De hebben namelijk meer mogelijkheden om tot oplossingen te komen.

Kenmerk
324325/499460

Pagina
12 van 12

Slot

De NZa wil bijdragen aan een goede verpleeghuiszorg voor nu en later. Wij denken dat de stappen die we voorstellen passen bij het Programma Thuis in het Verpleeghuis en op voldoende draagvlak van het veld kunnen rekenen. Wij hopen hiermee een antwoord te hebben gegeven op de vragen die u ons heeft gesteld, en zien uit naar het vervolg.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur



Advies Ingroei kwaliteitsbudgetten in de tarieven

maart 2019



Nederlandse
Zorgautoriteit

Inhoud

Samenvatting

- 1 Adviesvraag VWS
- 2 Uitgangspunten en randvoorwaarden
- 3 Huidige situatie
- 4 Gewenst eindperspectief
- 5 Hoe bereiken we het eindperspectief?
- 6 Wat is er nodig om dit advies te implementeren?
- 7 Tot slot

Bijlage Voorkeursscenario versus alternatieve scenario's



Samenvatting

De NZa adviseert om de kwaliteitsbudgetten verpleeghuiszorg op termijn op te nemen in de integrale maximumtarieven van de zzp's en vpt's.

Na de ingroei in het kwaliteitskader zal de vergoeding die nodig is voor het leveren van de kwaliteit volgens de eisen van het kwaliteitskader onderdeel uitmaken van de tarieven voor de zorgprestaties. Wanneer de ingroei in de sector voltooid is, is er geen reden meer om de kwaliteitsmiddelen apart te vergoeden.

Het is aan te bevelen om de toevoeging van de kwaliteitsmiddelen aan de integrale tarieven, en de daarmee gepaard gaande overheveling van de geormerkte ruimte naar de contracteerruimte, niet eerder te laten plaatsvinden dan het moment waarop de beschikbare kwaliteitsmiddelen volledig benut zijn. Het toevoegen van de totaal beschikbaar gestelde kwaliteitsmiddelen aan de contracteerruimte en de maximumtarieven, nog voordat bekend is in welke mate deze middelen benut zijn, heeft als risico dat het geld wordt uitgegeven, zonder dat dit verantwoord kan worden of zonder dat stappen in de ingroei in het kwaliteitskader gemaakt worden. Dat kan ertoe leiden dat het geld weglekt, bijvoorbeeld naar andere sectoren. De benutting per tranche (jaar t) is bekend na afwikkeling van de nacalculatie (zomer jaar t+1). Wij adviseren om de totaal beschikbaar gestelde middelen in één keer, als alle tranches benut zijn, over te hevelen.

Zorgkantoren hebben een belangrijke sturende rol bij de toekenning van de kwaliteitsbudgetten aan de zorgaanbieders. Deze sturende rol krijgen zij ook bij de ingroei van de kwaliteitsbudgetten van de tarieven. Zorgaanbieders en

zorgkantoren hebben duidelijkheid nodig over het eindperspectief voor de landing van de kwaliteitsbudgetten in de tarieven: hoe zien de integrale maximum tarieven per zorgprestatie er uit als de kwaliteitsmiddelen daarin worden opgenomen? Dit eindperspectief is nodig om beslissingen te kunnen nemen over het aannemen van personeel en om te kunnen sturen op een passende toekenning van de kwaliteitsbudgetten.

De NZa beziet dit vraagstuk in samenhang met een tariefherijking op basis van het recent uitgevoerde kostenonderzoek. Uit dit onderzoek is gebleken dat de huidige tarieven niet goed aansluiten bij de kostprijzen van de zorgprestaties. Bij de besluitvorming in 2018 over de tariefherijking per 2019 heeft de minister van VWS besloten om op dat moment geen tariefherijking door te voeren voor de intramurale V&V die onder het kwaliteitskader valt. Zolang het echter niet duidelijk is of de tariefherijking nog geëffectueerd wordt, blijft dit als onzekere factor boven de markt hangen. Daardoor worden beslissingen over het aannemen van personeel belemmerd. Indien niet herijkt wordt, bestaat het risico dat er 'scheefgroei' bij de toekenning van de kwaliteitsbudgetten aan de instellingen optreedt, ten opzichte van de hoeveelheid zorg die de instellingen leveren.

De NZa adviseert als eindperspectief voor de ingroei:

- Herijkte integrale maximumtarieven op basis van het recent uitgevoerd kostenonderzoek, met
- Generieke ophoging met kwaliteitsgelden binnen dit integrale maximumtarief.

Het toegroeien naar dit eindperspectief kan volgens de NZa het



eenvoudigst door direct in 2020 de tarieven te herijken en een besluit te nemen over de wijze van ophoging van de herijkte tarieven: met generieke ophoging. Daarmee bedoelen we: de tarieven van alle zorgprestaties worden met hetzelfde percentage opgehoogd.

De NZa geeft in overweging om te verkennen of het wenselijk is om een investeringsbudget uit de kwaliteitsmiddelen vrij te maken en voor dit onderdeel een lumpsumbekostiging te continueren.

De NZa adviseert tevens om de middelen voor Waardigheid en Trots (W&T) in de integrale maximumtarieven op te nemen.

De NZa adviseert het volgende tijdspad en overgangsmodel:

- 2020: herijkte tarieven (inclusief € 435 miljoen uit 2018 en W&T middelen), en daarnaast voortzetting van de kwaliteitsbudgetten in de vorm van een lumpsum (tranches 2019 en 2020 cumulatief); de verdeling van de macro kwaliteitsbudgetten over de zorgkantoorregio's gebeurt naar rato van de productie per regio, gewaardeerd tegen de herijkte tarieven.
- 2021 en later, totdat volledige (financiële) groei bereikt is: herijkte tarieven met aparte toeslagen (met maximumtarieven) per zorgprestatie, die bestemd zijn voor de kwaliteitsmiddelen. Daarmee wordt het eindmodel direct zichtbaar in het tarief, maar kunnen de middelen nog wel geoormerkt blijven, zodat hier apart op gestuurd kan worden, maatwerk kan worden geleverd, en er apart verantwoording over kan plaatsvinden. Macro bezien

bedraagt de bandbreedte van de toeslag per 2021 de volledige tranches 2019, 2020 en 2021. Wanneer het totaal van alle tranches volledig benut is, vindt de overheveling naar het integrale maximumtarief in één keer plaats, en vervalt de toeslag.

Dit bekostigingsmodel kan gepaard gaan met aanvullende bestuurlijke afspraken tussen VWS, ZN en ActiZ over de aanwending van de middelen, zoals nu ook het geval is bij de kwaliteitsbudgetten in 2019.

Reikwijdte van dit advies

Dit advies heeft betrekking op de zorg die onder de reikwijdte van het kwaliteitskader verpleeghuizen valt, voor zover het zorg in natura betreft: zzp en vpt voor de zorgprofielen vv4 t/m 10. Instellingen die deze zorg bieden, komen in aanmerking voor een kwaliteitsbudget.

Wij wijzen er tevens op dat dit advies betrekking heeft op de *financiële* groei in het kwaliteitskader. Het financiële ingroeipad hoeft niet per definitie gelijk te lopen aan het ingroeipad waarmee individuele zorgaanbieders daadwerkelijk aan de normen van het kwaliteitskader gaan voldoen. Wel verwachten wij van zorgkantoren dat zij sturend handelen bij de toekenning van de kwaliteitsmiddelen, zodanig dat de middelen terecht komen waar deze het hardst nodig zijn om de stappen in de groei te realiseren.

Het is niet aan de NZa om te beoordelen of zorgaanbieders aan de normen voldoen; dat is aan de IGJ. Instellingen moeten na afloop van het financiële ingroeipad in staat zijn gesteld de eisen



die vanuit het kwaliteitskader worden gesteld te bekostigen. De NZa stelt daarvoor redelijkerwijs kostendekkende tarieven vast.

Proces

Dit advies is tot stand gekomen na overleg met ActiZ, ZN en Zorgthuisnl. In technische overleggen en een schriftelijke raadpleging hebben deze brancheorganisaties input geleverd op voorbereidende notities van de NZa. De NZa heeft de input afgewogen en verwerkt in het advies.



1 Adviesvraag VWS



1 Adviesvraag VWS

In de [voorlopige kaderbrief Wlz 2019](#)¹ heeft de minister van VWS de NZa gevraagd te adviseren hoe de kwaliteitsbudgetten verpleeghuiszorg na de transitieperiode kunnen landen in het reguliere tarief en daarmee in de bekostiging.

De minister heeft aangegeven dat er in totaal structureel € 2,1 miljard extra beschikbaar is voor de [implementatie van het kwaliteitskader](#). Hiervan is in 2018 een bedrag van € 435 miljoen verwerkt in de verpleeghuistarieven. Deze middelen blijven in 2019 en latere jaren structureel via de tarieven beschikbaar. De resterende extra middelen komen gedurende de ingroeifase (nu voorzien in 2019-2021) jaarlijks beschikbaar in de vorm van een kwaliteitsbudget.

In de [definitieve kaderbrief Wlz 2019](#) van VWS² is opgenomen dat op basis van realisatiecijfers en actuele prognoses vanaf het voorjaar van 2019 jaarlijks wordt bekeken of het ingroeipad een aanpassing behoeft. Indien het ingroeipad van het extra personeel neerwaarts moet worden aangepast betekent dit ook dat het kwaliteitskader pas op een later moment kan worden gerealiseerd.



¹ Voorlopige kaderbrief Wlz 2019 (brief d.d. 2 juli 2018, met kenmerk 1372038-178547-LZ)

² Definitieve kaderbrief Wlz 2019 (brief d.d. 1 oktober 2018, met kenmerk 1421676-181076-LZ)

2. Uitgangspunten en randvoorwaarden



2 Uitgangspunten en randvoorwaarden

De NZa heeft de volgende uitgangspunten gehanteerd bij het opstellen van het advies:

- Bij voorkeur vindt een 'zachte landing' plaats; er moet voorkomen worden dat er grote schokken optreden in de omzet van zorgaanbieders. We willen voorkomen dat instellingen personeel moeten ontslaan als gevolg van ingroei van de kwaliteitsbudgetten in de tarieven.
- Ontwikkelingen in de tarieven moeten voorspelbaar zijn. Hierdoor kunnen zorgaanbieders voor de langere termijn plannen maken over de aansluiting op het kwaliteitskader.
- Tarieven moeten zo veel mogelijk bij de kostprijzen van zorgprestaties aansluiten.
- In dit advies abstraheren we van de hoogte van de bedragen die jaarlijks beschikbaar komen in de vorm van het kwaliteitsbudget, en hoe deze bedragen onderverdeeld zijn naar prijs- en volumecomponenten. Het is aan VWS om deze verdeling kenbaar te maken.
- Er wordt aansluiting gezocht bij het programma 'Thuis in het verpleeghuis'³ van de minister van VWS.

Brancheorganisaties hebben daarnaast aangegeven het belangrijk te vinden dat er snelheid wordt gemaakt bij de ingroei in de tarieven. Ook noemen partijen eenvoudig als uitgangspunt; het bekostigingsmodel moet vereenvoudigd worden en ruimte bieden voor zorgaanbieders om te kiezen voor investeringen.

Daarnaast gelden de volgende randvoorwaarden:

- Uitvoerbaarheid, waaronder: beperking administratieve lasten.
- Technische haalbaarheid, mede op basis van beschikbare gegevens.
- Macro budgetneutraliteit, dat wil zeggen: geen macro meerkosten die niet samenhangen met de ingroei in het kwaliteitskader.
- Draagvlak onder veldpartijen.

³ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/01/thuis-in-het-verpleeghuis>



3. Huidige situatie: kwaliteitsbudgetten op instellingsniveau naast cliëntgebonden integrale zzp- en vpt-tarieven



3 Huidige situatie: kwaliteitsbudgetten op instellingsniveau naast cliëntgebonden integrale zzp- en vpt-tarieven

Voor 2019 is € 600 miljoen beschikbaar voor de implementatie van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Het geld is bedoeld voor zorginstellingen die zorg in natura leveren aan cliënten met een zorgprofiel vv4 en hoger. Die zorg kan gegeven worden in de instelling of via een volledig pakket thuis.

De minister van VWS heeft in de [voorlopige kaderbrief Wlz 2019](#) de volgende uitgangspunten aan de NZa meegegeven voor de uitwerking van de bekostiging:

- Er is sprake van een lumpsumbekostiging.
- Het geld moet geoormerkt worden, zodat uitgavenbeheersing mogelijk is en de benutting gemonitord kan worden.
- Er moet maatwerk mogelijk zijn, zodat aanbieders in verschillend tempo kunnen toegroeien naar de personeelsnormen uit het kwaliteitskader.
- Zorgkantoren krijgen een belangrijke sturende rol bij de inkoop.
- Zorgkantoren moeten het geld kunnen terugvorderen als de zorgaanbieders de gemaakte afspraken niet kunnen realiseren.

De NZa heeft de [regelgeving voor de lumpsumbekostiging voor 2019](#) vastgesteld. Het zorgkantoor en de zorgaanbieder komen een bedrag overeen, en dienen dit tweezijdig bij de NZa. Dat bedrag wordt verwerkt in de aanvaardbare kosten van de zorgaanbieder. Daarbij wordt het reguliere bekostigingsproces gevolgd: een budgetronde op basis van afspraken vooraf, een herschikkingsronde om afspraken bij te stellen, en een

nacalculatie op basis van realisatie. De NZa controleert of het totaal aan afspraken de € 600 miljoen niet overschrijdt en geeft beschikkingen af. De kwaliteitsbudgetten bestaan naast de reguliere zorgprestaties.

Zorgkantoren hebben in dit bekostigingsmodel een grote sturende rol bij de toekenning van de kwaliteitsbudgetten, en kunnen maatwerk leveren richting zorgaanbieders. Zij maken ook afspraken met zorgaanbieders over het mogelijk terugvorderen van middelen. De NZa houdt toezicht op de wijze waarop zorgkantoren hun nieuwe rol invullen.

Op basis van de beleidslijn van de minister van VWS hebben de zorgkantoren in hun inkoopbeleid opgenomen dat (macro) 85% beschikbaar is voor extra personeel, en 15% voor overige kosten. Op instellingsniveau kan hiervan worden afgeweken.

Het bekostigingsmodel geeft partijen de ruimte om maatwerkafspraken te maken en zorgaanbieders in verschillend tempo te laten ingroeien in het kwaliteitskader. De verhouding kwaliteitsbudget ten opzichte van de omzet uit zorgprestaties zal daarom kunnen verschillen tussen zorgaanbieders. Dit geeft veel vrijheid, maar brengt ook een risico op scheefgroei in deze verhouding met zich mee. Om deze scheefgroei te kunnen beperken, hebben partijen een eindperspectief nodig dat laat zien hoe de integrale maximumtarieven er uit zullen zien wanneer de kwaliteitsmiddelen daarin worden opgenomen.



4. Gewenst eindperspectief - samenhang tariefherijking en landing kwaliteitsbudgetten



4 Gewenst eindperspectief - samenhang tariefherijking en landing kwaliteitsbudgetten

De NZa is van mening dat de tarieven zoveel mogelijk moeten aansluiten bij de kostprijzen. Uit het [recent uitgevoerde kostenonderzoek](#)⁴ is gebleken dat de huidige tarieven niet goed aansluiten bij de kostprijzen.

De minister vond op het moment dat [besloten moest worden over de tariefherijking](#) (zomer 2018) dalingen voor de intramurale sector V&V als gevolg van een kostenonderzoek op dat moment niet gewenst, omdat hij rust en stabiliteit wilde voor de zorgaanbieders zodat zij zich volledig kunnen richten op de groei naar de normen uit het kwaliteitskader.⁵ Op grond van de ['Beleidsregel Wlz-tarieven \(gebruik kostenonderzoek\)'](#)⁶ van de minister van VWS, heeft de NZa daarom voor 2019 geen tariefherijking doorgevoerd in de intramurale V&V.

De NZa vindt dat voor het eindperspectief uitgegaan moet worden van herijkte tarieven. De ophoging van de tarieven met de kwaliteitsmiddelen kan in dit stadium namelijk alleen plaatsvinden via een 'rondrekening'. Het kwaliteitskader differentieert de personele inzet niet per zorgprestatie, en in de berekening van de kwaliteitsmiddelen is hier dus ook geen rekening mee gehouden. Een generieke ophoging van de tarieven ligt daarom het meest voor de hand. Daarmee bedoelen we: de tarieven van alle zorgprestaties worden met hetzelfde percentage opgehoogd. Om de generieke ophoging zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de kosten van de zorg en de praktijk van zorgverlening, is het aan te bevelen om deze toe te

passen op de herijkte tarieven. De herijking wordt daarbij gedaan op basis van het recent uitgevoerde kostenonderzoek.

De NZa vindt het niet zinvol om tussentijds, dus voordat de ingroei in het kwaliteitskader voltooid is, een kostenonderzoek te doen naar de extra kosten die gepaard gaan met de ingroei in het kwaliteitskader, omdat de personele bezetting de komende jaren nog flink in beweging zal zijn en het ingroei tempo per instelling kan verschillen.

De NZa adviseert ook om de middelen voor Waardigheid en Trots (W&T) toe te voegen aan de integrale maximumtarieven. Dit draagt bij aan het verminderen van het aantal financieringsstromen met bijbehorende administratieve lasten. Zorgthuisnl en ActiZ staan positief tegenover het opnemen van de W&T middelen in de integrale tarieven. ZN ziet wel de voordelen op het gebied van de administratieve lastenvermindering, maar wijst op de positie van onder andere de cliëntenraden die een stem hebben bij de inzet van de middelen. Op dit moment zijn de W&T middelen nog apart bekostigd, en is instemming van de Centrale Cliëntenraad (CCR), de

⁴ KPMG, Kostenonderzoek langdurige zorg, 24 mei 2018.

⁵ Brief Afschrift voorlopige kaderbrief Wlz (brief d.d. 26 juni 2018 met kenmerk 1372053-178547-LZ).

⁶ Beleidsregel van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 29 juni 2018, kenmerk 1373081-178634-PZo, inzake de Wlz-tarieven.



Ondernemingsraad (OR) en indien aanwezig de Verpleegkundigen-of Verzorgenden Adviesraad (VAR) op het plan voor de inzet van de middelen een vereiste om deze vergoeding aan te vragen. Dit vormt een vehikel om deze raden een stem te geven in de aanwending van de middelen. Wanneer deze middelen worden opgenomen in de integrale tarieven en niet meer apart hoeven te worden aangevraagd, is het aan te bevelen om te kijken naar een andere manier om deze stem van deze raden te laten meewegen in de aanwending van deze gelden.

Het is daarnaast te overwegen om een investeringsbudget vrij te maken uit de kwaliteitsmiddelen, en dit apart te blijven bekostigen via een lumpsum. Met het totaal van deze vergoedingen zijn de (cliëntgebonden en instellingsgebonden) kosten voor de basis zorglevering gedekt. De oorsprong van het eventueel apart te zetten investeringsbudget is het kwaliteitsbudget voor de ingroei in het kwaliteitskader. Dit betekent dat het budget voor investeringen in de toekomst ingezet wordt om aan andere eisen van het kwaliteitskader te voldoen, bijvoorbeeld op het gebied van leren en verbeteren. Over het afsplitsen van een investeringsbudget staan zorgkantoren over het algemeen positief. Zij onderzoeken welke elementen van de kwaliteitsgelden zich lenen voor differentiatie via de tarieven (cliëntgebonden vergoedingen), en welke als lumpsum (instellingsgebonden vergoeding) ingezet zouden kunnen worden.

De brancheorganisaties van zorgaanbieders vinden daarentegen dat benodigde investeringen die de versterking van het leveren van kwaliteit vraagt uit de integrale tarieven bekostigd moeten worden. Deelregulering heeft als nadeel dat het de

mogelijkheden van substitutie vermindert; ook gaat het gepaard met extra administratieve lasten en verantwoordingseisen. De eventuele afsplitsing van een investeringsbudget, inclusief de vraag in hoeverre die via regelgeving vastgelegd moet worden, of via de contractuele afspraken tussen zorgkantoor en zorgaanbieder kan verlopen, moet verder verkend worden. Dit investeringsbudget hoeft overigens geen nieuwe financieringsstroom in te houden, maar kan worden samengevoegd met diverse andere financieringsstromen bedoeld voor innoveren, leren en verbeteren.

De NZa ziet als gewenst eindperspectief voor de ingroei van de kwaliteitsbudgetten in de tarieven:

Gewenst eindperspectief voor de ingroei:

- Herijkte integrale maximumtarieven op basis van recent uitgevoerd kostenonderzoek.
- Binnen het integrale maximumtarief: generieke ophoging met kwaliteitsgelden en ophoging met W&T middelen. Eventueel worden de kwaliteitsmiddelen gecorrigeerd voor een investeringsbudget dat afgesplitst wordt van de kwaliteitsbudgetten.

Dit scenario is afgewogen tegen de alternatieve varianten: één variant waarin sprake is van een tariefherijking met een gedifferentieerde ophoging voor de kwaliteitsgelden (waarbij de kwaliteitsgelden als vangnet voor tariefdalings in het tarief worden verwerkt), en één variant zonder tariefherijking, met generieke ophoging voor de kwaliteitsgelden. Voor een overzicht van de overwegingen op basis waarvan we tot bovenstaand



gewenste eindperspectief zijn gekomen, verwijzen we naar de bijlage in dit advies.

Rondrekening

De generieke ophoging van de herijkte tarieven van de zorgprestaties met de kwaliteitsgelden gebeurt op basis van een 'rondrekening'. Daarmee worden de tarieven van alle zorgprestaties met een gelijk percentage opgehoogd. Zo'n rondrekening kan een belemmering vormen voor het leveren van maatwerk bij de toekenning van de kwaliteitsbudgetten. De uitkomst daarvan leidt immers tot een gemiddelde toedeling van de kwaliteitsgelden aan de zorgprestaties en daarmee aan de instellingen. Dit neemt de prikkel om maatwerk te leveren in de ingroefase weg.

Echter, we gaan er wel van uit dat zorgkantoren er op sturen dat instellingen aan het eind van de ingroefase kunnen voldoen aan de eisen van het kwaliteitskader. Dat wil zeggen dat waar nodig instellingen in verschillend tempo ingroeien. We veronderstellen bovendien dat zorgkantoren er op sturen dat instellingen niet (onevenredig veel) meer kwaliteitsbudget toegekend krijgen dan nodig op het moment dat ze aan de eisen van het kwaliteitskader voldoen. Hierbij wordt dus maatwerk geleverd voor wat betreft de ingroei in het kwaliteitskader. De rondgerekende ophoging van de tarieven in het eindperspectief kan zo door zorgkantoren in de ingroefase gebruikt worden als bandbreedte (maximering) waarbinnen dit maatwerk geleverd kan worden.

Een rondrekening heeft echter als nadeel dat de middelen niet volledig daar gealloceerd kunnen worden waar nodig: omdat

instellingen die nu al voldoen aan het kwaliteitskader in het eindperspectief toch met een landelijke tariefverhoging (als gevolg van de rondrekening) te maken krijgen, kunnen aanbieders die veel moeten ingroeien dat mogelijk niet volledig doen.

De NZa is van oordeel dat dit als volgt te rechtvaardigen is: De NZa stelt (landelijk gemiddeld) redelijkerwijs kostendekkende tarieven vast. Er zullen altijd instellingen zijn met een kostenniveau onder of boven het landelijk gemiddelde. Voor instellingen die al op het niveau van het kwaliteitskader zaten (en weinig of geen extra kwaliteitsbudget toegekend hebben gekregen), is er in veel gevallen sprake geweest van het [aanwenden van de normatieve huisvestingscomponent](#) (nhc) voor zorg. Deze instellingen hebben personeel geworven, zonder daar in het verleden extra vergoeding voor te hebben ontvangen zoals nu gebeurt via het kwaliteitsbudget. Een tariefverhoging als gevolg van de rondrekening kan hiervoor compenseren. Voor de instellingen die nog moeten ingroeien in het kwaliteitskader en daar mogelijk meer geld voor nodig hebben dan uiteindelijk via het landelijke tarief beschikbaar, geldt dat deze instellingen een efficiencyslag moeten maken. Dit is niet anders dan binnen het reguliere tarief, dat eveneens op landelijke gemiddelden gebaseerd is.



5. Hoe bereiken we het eindperspectief?



5 Hoe bereiken we het eindperspectief?

Overgangsmodel: van lumpsum naar tarief met toeslag naar integraal tarief

De NZa stelt een overgangsmodel voor waarbij vanaf 2020 de landing in de tarieven kan worden ingezet. In 2020 worden de tarieven herijkt en blijft de lumpsumbekostiging voor kwaliteitsmiddelen naast de tarieven bestaan. Vanaf 2021 worden de kwaliteitsgelden verwerkt in toeslagen (met maximumtarieven) op de zzp- en vpt-tarieven, als tijdelijk model totdat het totaal aan kwaliteitsmiddelen volledig benut is. Daarna is sprake van een integraal maximumtarief en vervalt de toeslag.

	Tarieven	Kwaliteitsbudget
<i>2020</i>	Herijkte integrale maximumtarieven, inclusief (a) € 435 mln (b) W&T middelen	Tranche 2019 en 2020 cumulatief via kwaliteitsbudget (lumpsum)
<i>2021 en later</i>	(1) Herijkte integrale maximumtarieven, inclusief (a) € 435 mln, (b) W&T-middelen (2) Bovenop de achter (1) genoemde tarieven: toeslagen (met maximum tarieven) voor kwaliteitsgelden tranches 2019, 2020 en 2021 (en eventueel later bij aangepast ingroeipad)	Optioneel: Investeringsbudget afsplitsen uit de kwaliteitsbudgetten en voortzetten via lumpsumbekostiging
<i>Eindperspectief</i>	Herijkte integrale maximumtarieven, inclusief het totaal aan kwaliteitsmiddelen en W&T-middelen	Optioneel: Investeringsbudget afsplitsen uit de kwaliteitsbudgetten en voortzetten via lumpsumbekostiging



Dit ingroeienscenario heeft als voordeel dat het tegemoet komt aan de uitgangspunten voor de groei (snelheid, voorspelbaarheid, uitvoerbaarheid en aansluiting bij de kostprijzen). Ook past het bij de uitgangspunten van de minister voor de toekenning van de kwaliteitsgelden in de ingroEIFase (mogelijkheid tot maatwerk, sturing door zorgkantoren, aparte verantwoording).

Dit advies komt ten dele tegemoet aan de wensen van brancheorganisaties. Brancheorganisaties adviseren verdeeld ten aanzien van het overgangsmoDEL zoals voorgesteld door de NZa. ActiZ en Zorgthuisnl pleiten ervoor om de kwaliteitsmiddelen zo snel mogelijk, bij voorkeur per 2020, op te nemen in de integrale tarieven. Zij geven aan dat complexe systemen van deelreguleringen en bijbehorende deelverantwoordingen zoveel mogelijk vermeden moeten worden. Wanneer dit niet haalbaar is, adviseren zij het moDEL van toeslagen (met maximumtarief) op de zzp- en vpt-tarieven.

ZN kan zich vinden in het voorgestelde overgangsmoDEL. De overgang op toeslagen met maximumtarieven per 2021 sluit aan op de contouren van het nieuwe meerjaren inkoopbeleid dat zij vanaf 2021 willen toepassen, met daarin meer differentiatie op kwaliteit.

Gezien de politieke en maatschappelijke aandacht voor de besteding van de extra kwaliteitsmiddelen, en de omvangrijke bedragen waar het om gaat, vindt de NZa het te verdedigen dat de middelen gedurende de ingroEIFase geormerkt blijven, ook al gaat dat samen met extra verantwoordingseisen die in zekere mate complex en belastend kunnen zijn voor veldpartijen. Deze verantwoordingseisen (bijvoorbeeld over hoeveel extra personeel er is geworven) komen tot stand in bestuurlijke afspraken tussen VWS, ActiZ en ZN. Het is dan ook aan deze partijen om werkbare afspraken te maken.

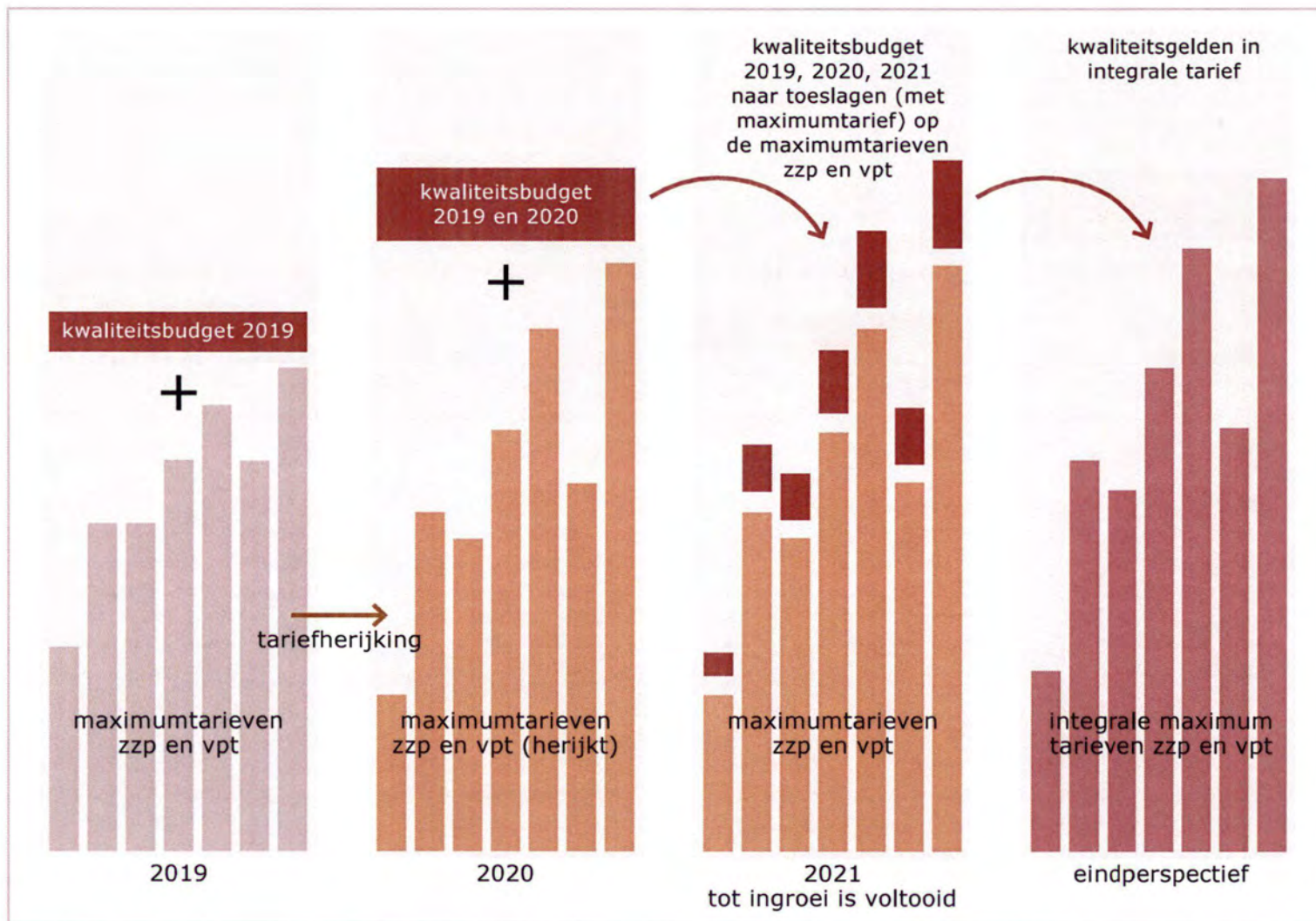
Hoewel het oormerken van de middelen tijdens de ingroEIFase een gegeven is op basis van een politieke wens, kan de overgang van de lumpsum naar een toeslag per zzp-/vpt-tarief eraan bijdragen dat de toekenning van de middelen al beter gaat aansluiten bij het eindmoDEL waarin de middelen onderdeel worden van het integrale tarief. Daarmee kan tegelijk het risico dat de kwaliteitsbudgetten en de omzet uit zorgprestaties 'ontsporen' worden weggenomen. Ook biedt dit partijen de zekerheid waarmee zij investeringsbeslissingen over het aannemen van personeel kunnen nemen, en de mogelijkheid om te sturen op het eindperspectief.

Voor de tariefherijking per 2020 is er draagvlak onder alle betrokken partijen. Wel roepen partijen op om duidelijkheid te bieden over de budgettaire impact, en hoe deze opgevangen kan worden. De minister heeft in de zomer 2018 [aan de Tweede Kamer⁷ gemeld](#) dat het herijken van de tarieven die onder de reikwijdte van het kwaliteitskader vallen, een daling van de contracteerruimte zou betekenen. Daarnaast leidt een kostenonderzoek altijd tot verschuivingen en herverdeeleffecten. Naast aanbieders die er in budget op vooruit gaan, zullen er ook aanbieders zijn die er in budget op achteruit gaan.

Op de volgende pagina is het ingroEITraject schematisch weergegeven.

⁷ Brief Afschrift voorlopige kaderbrief Wlz (brief d.d. 26 juni 2018 met kenmerk 1372053-178547-LZ).





We geven hieronder een toelichting op de verschillende stappen in het ingroei-traject.

Tariefherijking in 2020

Het eindperspectief zoals hiervoor beschreven kan volgens de NZa het eenvoudigst bereikt worden door direct in 2020 de tarieven al te herijken op basis van het recent uitgevoerde kostenonderzoek. In combinatie met een besluit over generieke ophoging met de kwaliteitsmiddelen in het eindperspectief biedt dit de mogelijkheid voor veldpartijen om vanaf het jaar 2020 te gaan sturen op een 'zachte landing' van de kwaliteitsbudgetten in de tarieven. Als de tariefherijking zou worden uitgesteld, ontbreekt die sturingsmogelijkheid. Ook vanuit het oogpunt van actualiteit van het kostenonderzoek is het aan te bevelen om de tariefherijking niet uit te stellen.

Met de tariefherijking wordt het fundament van de tarieven recht getrokken; de tarieven sluiten daardoor beter aan bij de praktijk van de zorglevering. Onvermijdelijk is dat er, direct al per 2020, tariefdalingen optreden, met name bij de zorgprestaties voor vv4. De NZa vindt dat niet ongewenst, omdat de marges op deze zorgprestaties nu hoog zijn. Van belang is dat de tarieven aansluiten bij de kostprijzen, zodat prikkels voor patiëntselectie worden weggenomen. Er is bij dit scenario geen prikkel meer voor zorgaanbieders om zich vooral te richten op de zorg voor cliënten met zorgprofiel vv4. Dit draagt dus bij aan de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg.

Ook na de volledige (financiële) ingroei in combinatie met een generieke ophoging van de herijkte tarieven zullen de tarieven van de zorgprestaties voor vv4 blijven dalen ten opzichte van 2019.⁸ De NZa zal bij de implementatie van dit advies onderzoeken of hiervoor een overgangsregeling noodzakelijk is.

De combinatie van de tariefdalingen bij onder andere de zorgprestaties voor vv4 en de aparte financiering van de kwaliteitsgelden kan er bij de huidige verantwoordings-eisen zoals afgesproken tussen VWS, ZN en ActiZ (85% voor extra personeel, en 15% voor overige kosten) toe leiden dat instellingen die de marge op zzp-4 of vpt-4 de afgelopen jaren hebben ingezet voor extra personeel, niet in aanmerking zouden kunnen komen voor vergoeding van dit personeel via het kwaliteitsbudget, maar wel personeel zouden moeten ontslaan als gevolg van de tariefherijking. De huidige verantwoordings-eisen vormen in deze gevallen dus een obstakel om dit personeel te behouden. Wij adviseren om te onderzoeken of een aanpassing van de verantwoordings-eisen voor deze gevallen tot de mogelijkheden behoort. Daarbij speelt een rol dat het kwaliteitsbudget en de tarieven tezamen de vergoeding vormen voor de zorg die aan de eisen van het kwaliteitskader moet voldoen. De mate van ingroei in het kwaliteitskader zal voorlopig bij individuele zorgaanbieders van geval tot geval verschillen. Zorgaanbieders en zorgkantoren maken samen afspraken om passende bedragen op de juiste plek te krijgen (maatwerk). Het zorgkantoor heeft daarbij overzicht in de regio en een sturende rol.

Bij de tariefherijking zal er nog een keuze gemaakt moeten worden met betrekking tot de € 435 miljoen uit 2018. Er kan worden overwogen om deze middelen op een andere manier te

⁸ Voorlopige berekening op basis van prijs- en volumecomponenten van het macro beschikbare bedrag van € 2,1 miljard; ten opzichte van 2016 leidt toevoeging van de kwaliteitsgelden aan de tarieven tot een ophoging met ca. 20% (orde van grootte). Dit is (op het niveau van de individuele zorgprestatie) onvoldoende om de tariefdaling op zzp 4 / vpt 4 als gevolg van de tariefherijking op te vangen. Voor een definitieve berekening is het nodig dat VWS uitsluitel geeft over de prijs- en volumecomponenten van de kwaliteitsmiddelen.



verdelen dan in de huidige situatie. In de huidige situatie zijn deze middelen generiek over alle prestaties verdeeld, dus prestaties met en zonder behandeling zijn met hetzelfde percentage opgehoogd. Om aan te sluiten bij het kwaliteitskader is het zuiverder om de middelen generiek aan de tarieven geschoond voor de behandelcomponent toe te voegen. De kwaliteitsmiddelen zijn immers bedoeld voor de verpleging en verzorging, en niet voor de behandeling. Om dezelfde reden kan overwogen worden om de nhc/nic uit de grondslag voor de berekening van de generieke ophoging te laten.

De voorgestelde tariefherijking wordt nu nog belemmerd door de 'Beleidsregel Wlz-tarieven (gebruik kostenonderzoek)⁹ van de minister van VWS. De NZa adviseert om deze beleidsregel aan te passen (of in te trekken), zodanig dat de tariefherijking per 2020 doorgevoerd kan worden.

Anders dan toen er besloten moest worden over herijking per 2019, is er, wanneer het geadviseerde eindperspectief voor de ingroei wordt overgenomen door de minister, duidelijkheid over de tariefstelling inclusief de extra middelen per zorgprestatie. Daarmee worden onzekerheden weggenomen die nu een belemmering vormen bij beslissingen van zorgaanbieders over het aannemen van personeel.

Per 2020 kunnen de W&T middelen ook al worden opgenomen in het integrale maximumtarief.

Kwaliteitsbudget 2020

In 2020 blijft het kwaliteitsbudget (tranches 2019 en 2020 cumulatief) nog naast de tarieven bestaan. We raden af om al in 2020 de overgang naar de toeslagen op de tarieven te maken, omdat in 2020 de kwaliteitsgelden nog niet zijn opgelopen tot het structurele niveau. Door in 2020 de lumpsumbekostiging voort te zetten, biedt dit lokaal de mogelijkheid om voor

individuele zorgaanbieders al afspraken te maken ter hoogte van het structurele niveau. Bij een toeslag op het tarief zou dat in 2020 nog niet mogelijk zijn.

Sturing op ingroei door zorgkantoren vanaf 2020

Zorgkantoren hebben een belangrijke sturende rol bij de toekenning van de kwaliteitsbudgetten aan de zorgaanbieders. Deze sturende rol krijgen zij ook bij de ingroei van de kwaliteitsbudgetten in de tarieven. Wanneer de verdeling van het macrobudget over de zorgkantorregio's vanaf 2020 gebeurt met een verdeelsleutel op basis van de herijkte tarieven 2020, helpt dit de zorgkantoren om vanaf dat moment al te kunnen sturen op het eindperspectief. In het eindperspectief zijn de onderlinge tariefverhoudingen van de zorgprestaties immers gelijk aan de tariefverhoudingen in 2020 bij herijking. De verdeelsleutel wordt dan gebaseerd op de zzp/vpt productie per regio, gewaardeerd tegen de herijkte tarieven die gelden in 2020. Hierbij kan worden overwogen om in de grondslag voor de berekening te schonen voor de behandelcomponent en de nhc/nic, zoals ook is beschreven bij de verdeling van de € 435 miljoen uit 2018.

Overgang op toeslagen (met maximumtarieven) op de zzp- en vpt-tarieven per 2021

Voor het jaar 2021 adviseren we om de overgang te maken van een lumpsum naar een toeslag (met maximumtarief) op het tarief per zorgprestatie. Dit heeft de volgende voordelen:

- Het eindperspectief (het effect op de tarieven) kan al zichtbaar worden gemaakt in het tarief. De toeslag geeft de bandbreedte voor de maatwerkafspraken die nu via de lumpsum worden gemaakt.

⁹ Beleidsregel van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 29 juni 2018, kenmerk 1373081-178634-PZo, inzake de Wlz-tarieven.



- Het geld blijft apart geormerkt zodat hier apart op gestuurd kan worden, en maatwerk kan worden geleverd; ook kan apart verantwoord worden, net zoals nu het geval is bij de lumpsum (eventueel met aanvullend bestuurlijke afspraken tussen VWS, ZN en ActiZ met betrekking tot de inzet van de middelen)
- Scheefgroei in de verhouding kwaliteitsbudget ten opzichte van omzet uit zorgprestaties wordt tegengegaan.

In het jaar 2021 zullen de toeslagen macro bezien de totale tranches 2019, 2020 en 2021 bevatten.

Het kan helpen om het (generieke) percentage waarmee alle tarieven per 2021 worden opgehoogd in de vorm van toeslagen (met maximumtarieven), al vroegtijdig bekend te maken, bijvoorbeeld gelijktijdig met de vaststelling van de tarieven voor 2020. Dit helpt zorgaanbieders bij het nemen van investeringsbeslissingen voor de langere termijn. We benadrukken echter wel dat wanneer we het (voorgenomen) toeslagpercentage voor 2021 gelijktijdig met de tarieven voor 2020 bekend maken, dat dit slechts een indicatieve berekening kan zijn, onder voorbehoud van wijzigingen op basis van (onder andere) de voorlopige en definitieve kaderbrieven Wlz 2021. We geven in overweging om voor de berekening van het generieke percentage de grondslag te schonen voor de behandelcomponent en de nhc/nic, in aansluiting op de verdeling van de macro kwaliteitsbudgetten over de zorgkantoorregio's. Er blijft bij toeslagen per zorgprestatie echter wel een onzekerheid bestaan ten aanzien van de volumeontwikkeling. Met toeslagen op de tarieven wordt de vergoeding volumeafhankelijk. Als het volume meer toeneemt dan geraamd, zal dat bij een overschrijding van het geormerkt macro kwaliteitsbudget, mogelijk leiden tot een korting op de prijs (via

een korting op de aanvaardbare kosten). Dit is echter niet anders dan in het eindmodel, waarbij de vergoeding onderdeel wordt van het integrale tarief, en de totale uitgaven worden getoetst aan de contracteerruimte.

Stap naar eindperspectief

De minister van VWS heeft aangegeven dat op basis van realisatiecijfers en actuele prognoses vanaf het voorjaar van 2019 jaarlijks wordt bekeken of het ingroeipad een aanpassing behoeft. Het ingroeipad kan daardoor mogelijk ook langer duren dan de periode tot en met 2021. Het staat daarom nog niet vooraf vast wanneer de stap naar het eindperspectief gemaakt wordt.

We adviseren om de kwaliteitsgelden niet eerder in het integrale tarief te verwerken dan wanneer vaststaat in hoeverre ze daadwerkelijk benut zijn. Om aan het uitgangspunt van macro budgetneutraliteit te voldoen, en middelen niet te laten weglekken naar bijvoorbeeld andere bestedingsdoeleinden dan de ingroei in het kwaliteitskader, of naar andere sectoren, adviseren we om alleen de benutte middelen over te hevelen naar in het integrale tarief en de contracteerruimte. De benutting per tranche (jaar t) is bekend met de nacalculatie (zomer t+1). Pas nadat de benutting bekend is kan de minister een besluit nemen over het overhevelen van de middelen van de geormerkte ruimte naar de contracteerruimte, en kan de NZa vervolgens hiermee de integrale maximumtarieven vaststellen.

Vanaf het jaar 2022 zouden in principe de benutte middelen stapsgewijs, jaarlijks per tranche kunnen overgaan naar in het integrale maximumtarief. Wij adviseren echter om de volledige benutting van alle tranches in totaliteit af te wachten en de



overgang naar de integrale maximumtarieven in één keer uit te voeren, om de volgende redenen:

- De mogelijkheid tot maatwerk blijft daarmee gedurende de ingroEIFase maximaal. Dit geeft veldpartijen de ruimte om daadwerkelijk in verschillend tempo te kunnen ingroeien. Sommige instellingen zullen bijvoorbeeld in het tweede jaar grotere stappen maken dan in het eerste jaar; voor andere instellingen zal dit andersom het geval zijn.
- We hebben nog geen informatie over de mate waarin de verhouding toegekende kwaliteitsbudgetten ten opzichte van de omzet uit zorgprestaties verschilt per instelling. Die informatie is pas bij de nacalculatie bekend. Alleen als deze verhouding voor alle instellingen min of meer gelijk zou zijn, zou een jaarlijkse stap passend zijn. De verwachting van veldpartijen is echter dat er wel verschillen tussen instellingen zichtbaar zullen zijn.
- Zorgkantoren hebben aangegeven het ingewikkeld te vinden als maatwerk voor de ingroei moet plaatsvinden binnen het maximumtarief en daarnaast ook in het geormerkte deel voor de kwaliteitsgelden. Ook zorgaanbieders wijzen hierbij op de aparte boekhoudingen die zij bijhouden voor de ingroEIFase, die die zij niet jaarlijks willen aanpassen.
- Een jaarlijkse stapsgewijze overgang zou voor veldpartijen een prikkel met zich mee kunnen brengen om benodigde stappen voor de ingroei steeds met een jaar uit te stellen.

In dit scenario waarbij de middelen niet eerder naar de integrale tarieven overgaan dan wanneer het totaal van alle tranches volledig benut is, is het des te belangrijker om zo vroeg mogelijk het (generieke) percentage waarmee de tarieven worden opgehoogd in de vorm van een toeslag, die vanaf 2021 zal gelden, bekend te maken. Daarmee bestaat vooraf duidelijkheid voor zorgaanbieders hoeveel investeringsruimte het tarief

uiteindelijk zal bieden, en worden beslissingen van individuele instellingen over investeringen niet afhankelijk van de – over de sector uitgemiddelde – jaarlijkse benutting van de kwaliteitsgelden.



6. Wat is er nodig om dit advies te implementeren?



6 Wat is er nodig om dit advies te implementeren?

De NZa heeft een aantal besluiten van de minister van VWS nodig om dit advies te implementeren.

Eindperspectief

Wij vragen de minister om duidelijkheid te bieden over het eindperspectief voor de landing van de kwaliteitsbudgetten in de tarieven. In dit advies hebben wij voorgesteld om de integrale maximumtarieven in het eindperspectief te baseren op het recent uitgevoerde kostenonderzoek en een generieke ophoging voor de kwaliteitsmiddelen, binnen het integrale tarief. De minister zal een besluit moeten nemen over het overhevelen van de kwaliteitsmiddelen die nu nog geormerkt zijn, naar de contracteerruimte op het moment dat de ingroeifase is afgerond.

Tariefherijking per 2020

Om de tariefherijking per 1 januari 2020 op basis van het recent uitgevoerde kostenonderzoek door te kunnen voeren is een wijziging (of intrekking) van de '[Beleidsregel Wlz-tarieven \(gebruik kostenonderzoek\)](#)' nodig. Het is belangrijk dat de minister hierover op korte termijn een besluit neemt, zodat de NZa de beleidsregels met de herijkte tarieven vóór 1 juli 2019 kan vaststellen.

Zonder dit besluit zien wij als enige mogelijkheid om gedurende het ingroeipad de niet-herijkte tarieven generiek te verhogen met de kwaliteitsmiddelen. Daarbij zal hetzelfde overgangsmiddel (van lumpsum naar tarief met toeslag naar integrale tarieven) gevolgd kunnen worden. In dat geval wordt de aansluiting van de tarieven bij de kostprijzen niet gemaakt, en zal de impact van een tariefherijking na afloop van de ingroeifase mogelijk zeer groot zijn. Die tariefherijking kan dan op z'n vroegst in de

tarieven van 2024¹⁰ doorgevoerd worden. Het nu beschikbare kostenonderzoek is dan niet meer actueel. Bovendien wordt het reguliere tariefonderhoud voor de intramurale V&V tot die tijd bemoeilijkt, omdat geen gebruik gemaakt kan worden van het kostenonderzoek. Dat leidt tot ongelijkheid met de andere sectoren ghz en ggz, waarvoor die mogelijkheid er wel is.

Daarnaast vragen we de minister om ook een besluit te nemen over het toevoegen van de middelen voor Waardigheid en Trots aan de integrale maximumtarieven. Hiervoor is een aanwijzing nodig in verband met de wijziging van de tariefsoort.

Ook is het aan te bevelen om al vroegtijdig een besluit te nemen over een eventuele afsplitsing van een investeringsbudget uit de kwaliteitsbudgetten, dat via een apart budget bekostigd blijft. Hoewel dit voor het jaar 2020 nog niet strikt noodzakelijk is, draagt een vroegtijdig besluit hierover wel bij aan duidelijkheid over het eindperspectief.

Overgang op toeslagen (met maximumtarieven) op de zzp- en vpt-tarieven per 2021

Voor de overgang op toeslagen (met maximumtarieven) op de zzp- en vpt-tarieven per 2021 vragen we de minister van VWS om de onderverdeling van de bedragen voor de kwaliteitsgelden in prijs- en volumecomponenten aan de NZa kenbaar te maken, zodat daarmee de toeslag op het tarief berekend kan worden.

¹⁰ Bij een ongewijzigd ingroeipad is de benutting van de laatste tranche (2021) bekend met de nacalculatie in de zomer van 2022, en kan de minister in het voorjaar van 2023 een besluit nemen over de tarieven van 2024.



Een besluit over welk bedrag in de tarieven verwerkt kan worden, is mede afhankelijk van een besluit over een eventuele afsplitsing van een investeringsbudget, en de omvang daarvan. Zoals gemeld is het aan te bevelen het generieke percentage voor de ophoging van de tarieven in de vorm van een toeslag, die vanaf 2021 op te tarieven komt, al vroegtijdig (indicatief, en onder voorbehoud van wijzigingen) bekend te maken. Dit kan bijvoorbeeld gelijktijdig met het vaststellen van de herijkte tarieven voor 2020. De benodigde bedragen voor de (voor het jaar 2021 geraamde) prijs- en volumecomponent ontvangen we daarvoor bij voorkeur in het voorjaar 2019.

Daarnaast is voor de overgang op de toeslagen per zorgprestatie een aanwijzing van de minister van VWS nodig, in verband met een wijziging van de tariefsoort voor de kwaliteitsgelden. Om de NZa-beleidsregels vóór 1 juli 2020 vast te kunnen stellen, is het belangrijk dat de minister voor die tijd de aanwijzing aan de NZa verstuurt.



7. Tot slot



7 Tot slot

Ons advies betreft het bekostigingsmodel van de NZa gedurende en na de ingroefase. Dit bekostigingsmodel geeft veel vrijheid aan zorgaanbieders en zorgkantoren om maatwerkafspraken te maken over de besteding van de kwaliteitsmiddelen.

Zorgaanbieders, zorgkantoren en VWS hebben aanvullend bestuurlijke afspraken gemaakt over de inzet van de kwaliteitsmiddelen. Hoewel deze afspraken ingegeven zijn vanuit een politieke wens, en buiten de invloedssfeer van de NZa gemaakt zijn, volgt de NZa via het toezicht op de uitvoering van de Wlz wat het effect is van deze afspraken. We zien nu bijvoorbeeld bij de inkoop voor 2019 dat de splitsing in 85% personeel en 15% overig, die zorgkantoren in het inkoopbeleid hebben opgenomen op basis van de beleidslijn van de minister, belemmerend kan werken. Wanneer er sprake is van 'deelregulering' (in dit geval door zorgkantoren) met aparte geormerkte dekkaders, neemt dat de mogelijkheden voor substitutie (arbeidsbesparende maatregelen in plaats van werving van personeel) weg. Partijen merken op dat het regelmatig voorkomt dat lokaal wordt gekeken naar mogelijkheden om tot een andere verdeling te komen.

De NZa zal de komende periode de bevindingen uit de toezichtonderzoeken rapporteren. Ook zullen wij de benutting van de kwaliteitsgelden monitoren. Wij streven ernaar om in ons mei-advies 2019 de eerste bedragen van de toegekende kwaliteitsbudgetten in de budgetronde van april bekend te maken.



Bijlage

Voorkeursscenario versus alternatieve scenario's



Bijlage

Voorkeursscenario versus alternatieve scenario's

	Scenario 1 (voorkeursscenario)	Scenario 2	Scenario 3
Eindperspectief	<ul style="list-style-type: none">• Herijkte tarieven.• Generieke ophoging kwaliteitsgelden.	<ul style="list-style-type: none">• Herijkte tarieven.• Gedifferentieerde ophoging kwaliteitsgelden (vangnet voor tariefdalings).	<ul style="list-style-type: none">• Geen tariefherijking.• Generieke ophoging kwaliteitsgelden.
Ingroeitraject	<ul style="list-style-type: none">• 2020: tariefherijking; lumpsum continueren (2019 + 2020 cumulatief)• 2021 totdat kwaliteitsgelden op macroniveau volledig benut zijn: toeslagen (met maximumtarieven) op de zzp- en vpt-tarieven	<ul style="list-style-type: none">• Staat niet op voorhand vast; er is sprake van een stapsgewijze (per zorgprestatie gedifferentieerde) ophoging van tarieven. Omslagpunt waarbij tariefdalings niet meer optreden is niet vooraf bekend; te nemen stappen zijn afhankelijk van de macro benutting per tranche.	<ul style="list-style-type: none">• 2020: bevroren (geïndexeerde) tarieven; lumpsum continueren (2019 + 2020 cumulatief).• 2021 totdat kwaliteitsgelden op macroniveau volledig benut zijn: toeslagen (met maximumtarieven) op de zzp- en vpt-tarieven.
Voordelen	<ul style="list-style-type: none">• Zekerheid vooraf over het eindperspectief en de tarieven gedurende de ingroeifase.• Tarieven sluiten aan bij de kostprijzen; dit draagt bij aan de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg.• Sturing op eindperspectief mogelijk.• Eenvoudig uitvoerbaar	<ul style="list-style-type: none">• Aansluiting bij kostprijzen wordt gezocht, hoewel deze deels teniet wordt gedaan doordat de kwaliteitsgelden als vangnet voor herijkingseffecten worden ingezet.	<ul style="list-style-type: none">• Zekerheid vooraf over het eindperspectief en de tarieven gedurende de ingroeifase.• Sturing op eindperspectief mogelijk.• Eenvoudig uitvoerbaar.• Scenario is mogelijk binnen de Beleidsregel Wlz tarieven (gebruik kostenonderzoek) van de minister van VWS.



	Scenario 1 (voorkeursscenario)	Scenario 2	Scenario 3
Nadelen	<ul style="list-style-type: none"> • Wordt belemmerd door de Beleidsregel Wlz tarieven (gebruik kostenonderzoek) van de minister van VWS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Eindperspectief en ingroeitraject staan niet op voorhand vast. • Moment waarop tariefherijking kan plaatsvinden is afhankelijk van de benutting per tranche. • Nivellerend effect op de herijkte tarieven, doordat relatief veel kwaliteitsgelden moeten worden toebedeeld aan zorgprestaties waarbij tariefdalingen optreden. Dit doet de effecten van de herijking teniet. • Geen sturing op eindperspectief mogelijk. • Complex in de uitvoering. • Wordt belemmerd door de Beleidsregel Wlz tarieven (gebruik kostenonderzoek) van de minister van VWS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aansluiting van de tarieven bij de kostprijzen wordt niet gemaakt. • Scheefgroei in de toedeling van kwaliteitsgelden aan zorgprestaties: relatief veel kwaliteitsgelden naar de zorgprestaties die nu al een te hoog tarief hebben; relatief weinig kwaliteitsgelden naar zorgprestaties die nu nog een te laag tarief hebben. De impact van een tariefherijking na de ingroefase zal daardoor mogelijk zeer groot zijn. • Aansluiting van tarieven bij kostprijzen kan op z'n vroegst in 2024.¹¹ Het nu beschikbare kostenonderzoek is dan niet meer actueel. Tot aan eerstvolgende herijking wordt ook regulier tariefonderhoud waarvoor het kostenonderzoek de basis vormt tegengehouden. Daarmee ontstaat ongelijkheid ten opzichte van de andere sectoren (ghz en ggz).
Gevolgen	<ul style="list-style-type: none"> • In 2020 zijn budgetdalingen voor individuele instellingen niet uit te sluiten; dit zal afhangen van de productmix. 	<ul style="list-style-type: none"> • Uitkomsten zullen dichtbij die van scenario 3 liggen. • Risico's voor de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. • Geen budgetdalingen als gevolg van de tariefherijking. 	<ul style="list-style-type: none"> • Risico's voor de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. • Geen budgetdalingen als gevolg van een tariefherijking.
Maatregelen om gevolgen op te vangen	<ul style="list-style-type: none"> • De NZa onderzoekt of een overgangsregeling nodig is voor het herijkingseffect. • Daarnaast biedt de lumpsum in 2020 de mogelijkheid om in individuele gevallen de kwaliteitsgelden te vergoeden op het structurele niveau. De NZa kan hier echter niet op sturen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Risico's voor de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg zullen geaccepteerd moeten worden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Risico's voor de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg zullen geaccepteerd moeten worden.

¹¹ Bij een ongewijzigd ingroeipad is de benutting van de laatste tranche (2021) bekend met de nacalculatie in de zomer van 2022, en kan de minister in het voorjaar van 2023 een besluit nemen over de tarieven van 2024.



Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)

Postadres
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

Bezoekadres
Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Telefoon: 030 - 296 81 11
Website: www.nza.nl
Twitter: @zorgautoriteit

Informatielijn
Telefoon: 088 - 770 8 770
(bereikbaar tussen 09.00-17.00 uur - lokaal tarief)
E-mail: info@nza.nl

Vormgeving
Taluut



Aan
Zorgaanbieders in onderzoek niet beïnvloedbare factoren

Van
Projectgroep

Telefoonnummer
030 29 681 11

E-mailadres
regulering@nza.nl

Kenmerk

Onderwerp
kapitaallasten in de langdurige zorg

Datum
31 augustus 2018

Samenvatting

Met de stelling dat het bouwen in de grootstedelijke gebieden duurder is wordt de vraag voorgelegd of er objectieve, niet-beïnvloedbare factoren zijn die regionale verschillen in financiering van de kapitaallasten rechtvaardigen.

Theoretisch zijn er veel factoren die de bouwkosten beïnvloeden, waarbij deze factoren grotendeels in de invloedssfeer van de zorgaanbieder liggen. In het memo zijn deze verschillende factoren beschreven en toegelicht.

Sommige gebieden kenden ten tijde van het Bouwcollege een (marginale) opslag voor de grondprijzen. Ook was er ruimte voor bijzondere omstandigheden (bv. eilandtoeslag). Deze werd per zorgaanbieder bepaald en kende geen vooraf gestelde objectieve criteria.

De financiering is per 2018 met de komst van de nhc veranderd. Van een financiering op basis van nacalculatie ging deze naar een financiering op basis van productie. In de kern is de gedachte achter de nhc dezelfde als die achter de invoering van de zzp's: een prestatiegebonden vergoeding. De instelling wordt zelf verantwoordelijk voor het terugverdienen van de huisvesting, met de daarbij horende vrijheden (om zelf een vastgoedstrategie te ontwikkelen en niet meer de vergunningsperikelen en eisen van het Bouwcollege te hoeven ondergaan) en risico's.

Deze verandering gaf enerzijds consequenties die voor alle aanbieders golden, en anderzijds veranderingen voor specifieke aanbieders. Het is belangrijk om dit onderscheid duidelijk te hebben.

Zo kennen alle aanbieders meer risico en hebben zij bij nieuwbouw te maken met het badkuipeffect. Dit badkuip effect betekent dat in het begin van de financiering van een nieuw pand de kosten hoger zijn dan de opbrengsten, en aan het eind de opbrengsten hoger dan de kosten. Zorgaanbieders moeten dus zorgen voor voldoende vermogen om het tekort in de eerste jaren na nieuwbouw op te vangen, bijvoorbeeld door voorafgaande aan de nieuwbouw een deel van de nhc te sparen. Uit het kostenonderzoek Wlz is gebleken dat een (groot) deel van de zorgaanbieders waarschijnlijk het overschot op de nhc vergoeding heeft ingezet voor zorg, in plaats van deze opbrengsten te sparen voor nieuw- of verbouw.

Er zijn waarschijnlijk geen groepen aanbieders die als gevolg van omgevingsfactoren met de nhc automatisch slechter af zijn. Daarvoor is de context van de individuele aanbieder, en de specifieke kenmerken van zijn vastgoed portfolio, te bepalend¹. Bij de beoordeling of de nhc

¹ Een zorgaanbieder die in de tijd van het bouwcollege dure grond heeft aangekocht hoeft nu bijvoorbeeld met de nhc geen grond meer aan te schaffen. Zijn situatie kan

toereikend is, gaat het daarbij ook uitdrukkelijk niet om individuele locaties, maar om een portefeuille aan panden. Dit is ook bevestigd in een uitspraak van het CBB².

Kenmerk

Pagina
2 van 8

Bovenstaande argumentatie is ook in de discussie geland bij de introductie van de nhc. Toentertijd is op basis van deze informatie gekozen voor een integrale financiering, zonder correctie voor regioverschillen. Er lijken in de afgelopen 10 jaar geen nieuwe argumenten te zijn opgetreden in de argumentatie. In de 2016 data zien we geen significante verschillen in de kapitaallasten tussen stedelijke en niet-stedelijke VV aanbieders.

hierdoor beter zijn dan de situatie van een nieuwe speler die in dezelfde markt via de nhc ook de huur of aankoop van de grond moet financieren. Anderzijds zal ook deze zorgaanbieder op een gegeven moment overgaan tot vervangende nieuwbouw of grote renovatie, waarbij mogelijk een (dure) interim voorziening nodig is.

² zaaknummer: 14/761 13950

1. Inleiding

Een bouwproject is een meerjarig traject waarbij de bouw zelf vaak al één tot drie en het hele traject (ontwerp, planning, vergunningverlening etc.) als snel zes jaar in beslag kan nemen. Het pand zelf staat er vervolgens vaak minstens 30 jaar en aanbieders hebben meestal een portfolio aan panden.

Dit memo bespreekt de achtergrond van de bekostiging van de bouwkosten in de langdurige zorg. Het doel is om te kunnen identificeren welke factoren de bouwkosten beïnvloeden, en hoe de huidige en vorige bekostiging hier al dan niet voor corrigeren.

Het begint met een beschrijving van vier factoren die bouwkosten beïnvloeden. Daarna volgt een beschrijving van de oude financiering van bouw (via het Bouwcollege) en de huidige financiering (nhc). Het concludeert met een korte beschouwing van de consequenties voor huidige zorgaanbieders.

2. Factoren die bouwkosten beïnvloeden

1. Zorgvraag

De zorg kan specifieke eisen aan de bouw stellen. Zo zijn er in het ziekenhuis vaak bijzondere kamers zoals ruimten voor röntgen apparatuur die extra geïsoleerd moeten worden om stralingsverspreiding te voorkomen. Een verpleeghuis kent vaak kamers waar tilliftsystemen zijn aangebracht die vragen om extra versteviging in het plafond of badkamers die ingericht zijn voor rolstoelgebruik en daardoor een groter oppervlakte nodig hebben. Dit zijn specifieke bouwkosten die voortkomen uit de zorgvraag.

2. Conjunctuureffecten

Naast de zorg gerelateerde kosten van bouw zijn er conjunctuureffecten die tot stand komen door vraag en aanbod op de aanbestedingsmarkt. In hoogconjunctuur, wanneer de vraag naar aannemers groot is, is bouwen duurder dan in laagconjunctuur. Bouwindexcijfers zoals die van BDB³ brengen dit effect op de bouwkosten in beeld.

3. Grondprijzen en lokale omstandigheden

Bouwkosten zijn niet in ieder gebied even hoog. Ten eerste varieert de waarde van de grond (zie ook box 1 voor een illustratie van de oorzaken van waardeverschillen in grondprijzen). Daarnaast stellen bepaalde locaties eisen aan de bouw die op een andere locatie van vergelijkbare waarde niet spelen. Dit gaat dan bijvoorbeeld om hogere bouwkosten door langere heipalen of extra geluidsmaatregelen. Of om lagere bouwkosten, bijvoorbeeld als gevolg van regelgeving over hoe hoog er gebouwd mag worden. Verschillen worden ook bepaald door het al dan niet heffen van erfpacht en gemeentelijke belastingen. Tot slot kan de restwaarde van de ene locatie hoger zijn dan de andere.

Box 1: illustratie waardebepaling grondprijzen.

Een grondprijs wordt getaxeerd door omgevingsfactoren (zoals wat is de populariteit van de wijk (en de wijken die omliggend zijn), hoe is de bereikbaarheid, wat is de grondkwaliteit) en door uit te gaan van wat op die grond wel of niet gebouwd kan worden. De mogelijkheden worden beperkt door een bestemmingsplan dat door de gemeente of de provincie wordt vastgesteld. De bestemming kan zijn natuurgebied, agrarische invulling, maatschappelijke bouw (zorgvoorzieningen, scholen, etc.) of

³ <https://www.bdb.nl/home/default.aspx>

woningbouw. Bij de bestemming woningbouw wordt de grondprijs bepaald door soort woningen (sociale woningen, vrije sector) en hoeveelheid woningen. Hoe hoger de opbrengst van de verkoop van de woningen, hoe hoger de grondprijs. Bestemmingsplannen kunnen gewijzigd worden, waardoor de grondprijs verandert. Projectontwikkelaars/beleggers speculeren op toekomstige wijzigingen. Gemeenten hebben ook mogelijkheden om grond te kopen (onteigenen) voor toekomstige invulling (bestemming).

Kenmerk

Pagina
4 van 8

4. Woningeisen en maatschappelijke ontwikkelingen

Er ontstaan voortdurend nieuwe eisen aan wonen en er zijn maatschappelijke ontwikkelingen die bouwkosten beïnvloeden. Zo werd in 2008 nog meer dan 2 miljard uitgetrokken om de overstap te maken van meer- naar eenpersoonskamers in het verpleeghuis⁴ en heeft de gehandicaptensector een beweging doorgemaakt van grote instellingen, naar kleinschalige instellingen binnen het concept omgekeerde integratie⁵. Daarnaast zijn er algemene maatschappelijke trends die veranderende eisen aan de woningen stellen zoals bijvoorbeeld duurzaamheid.

5. Afspraken andere partijen

In de uiteindelijke bouwsom spelen ook de samenwerking met regionale partijen zoals de provincie of de gemeente en de onderhandeling met aannemers een rol.

3. Bekostiging van bouw

Het bouwcollege

Voor de introductie van de normatieve huisvestingscomponent (nhc) in 2011 werden bouwaanvragen van zorgaanbieders beoordeeld door het bouwcollege. Zorgaanbieders leverden bouwplannen aan en na positieve beoordeling kregen zij een vergunning en daarmee recht op volledige nacalculatie van de in de vergunning opgenomen investeringskosten.

In de beoordeling werd met het volgende rekening gehouden:

- Wat is de minimale oppervlakte die nodig is om goede zorg te leveren? Op basis van het aantal cliënten en hun zorgvraag **(kostenfactor 1)**⁶ werd een normatieve oppervlakte en maximaal investeringsbedrag voor het totale gebouw berekend.
- Het maximale investeringsbedrag werd bepaald met behulp van normbedragen, uitgaande van landelijk genormeerde bouwkosten en grondprijzen:
 - o De jaarlijkse totale aanbestedingsresultaten uit iedere sector werden gebruikt om de deze bouwkosten te indexeren **(kostenfactor 4)**
 - o Daarnaast werden verschillende bronnen uit de bouwwereld, zoals gegevens van het Economisch Instituut voor de Bouwnijverheid (EIB), het CBS en de BDB marktindicator, gebruikt om de marktontwikkeling in de woning- en utiliteitsbouw in kaart te brengen. Ook deze gegevens werden gebruikt om de bouwkosten te indexeren **(kostenfactor 2)**

⁴ <https://www.zorgwelzijn.nl/binnen-twee-jaar-iedereen-eigen-kamer-in-verpleeghuis-zwz010454w/>

⁵ <https://www.zorgwelzijn.nl/verstandelijk-gehandicapten-binnen-of-buiten-de-bossen-sociale-integratie-onder-vuur-zwz010830w/>

⁶ Bijvoorbeeld of de cliënt rolstoelafhankelijk was of gedragsproblemen had.

- o Voor ieder postcodegebied was een normatief opslagpercentage bekend om te corrigeren voor lokale omstandigheden in grondprijzen. Hierbij hadden stedelijke gebieden⁷ in het algemeen een opslag en landelijke gebieden een afslag op de gemiddelde grondprijs **(kostenfactor 3)**
- Tot slot werd in uitzonderlijke gevallen extra financiering toegekend in verband met specifieke lokale omstandigheden die niet landelijk genormeerd waren. **(kostenfactor 3)**

Kenmerk

Pagina
5 van 8

De toekenning van het bouwcollege kon alleen aan bouw worden uitgegeven, niet aan zorg. Als de uiteindelijke investeringskosten lager waren dan het toegekende maximale investeringsbedrag, werd er ook minder vergoed: alleen de daadwerkelijk gemaakte kosten voor de bouw werden nagecalculeerd (uiteraard tot het maximum van het vergunde investeringsbedrag). Een aanbieder kon door slim te bouwen wel proberen een groter gebouw te realiseren of een hoger afwerkingsniveau te bereiken dan op basis van de normatieve uitgangspunten mogelijk was **(kostenfactor 5)**. Door bijvoorbeeld een lagere m²-prijs met een aannemer overeen te komen, kon groter worden gebouwd.

De komst van de zzp's en nhc

Met de komst van de zzp's is ook de nhc ingevoerd. De gedachte is gelijk aan het zorgdeel: voor iedere vergelijkbare cliënt is overal hetzelfde bedrag beschikbaar om de zorg te leveren. Het is aan de cliënt om te kiezen waar of in wat voor omgeving hij zijn zorg wil ontvangen.

- (1) In de bekostiging van de langdurige zorg zijn de extra bouwkosten die voortkomen uit specifieke zorgvragen opgenomen in de nhc. Hiervoor is ten tijde van de invoering van de zzp's onderzoek gedaan naar de vertaling van de uitgangspunten van het Bouwcollege in de nhc's. Zo kent bijvoorbeeld de VG7 een hogere vergoeding voor kapitaallasten dan de laagste VG zzp's. **(kostenfactor 1)**
- (2) Conjunctuureffecten worden opgevangen door indexatie, deze bestaat op dit moment uit 2,5%⁸. **(kostenfactor 2)**
- (3) Verschillen in grondprijzen en lokale omstandigheden zijn niet meer verwerkt in de nhc. Zorgaanbieders ontvangen allemaal hetzelfde bedrag en maken zelf de afweging hoe – gegeven de lokale en aanbieder specifieke omstandigheden - nieuwbouw het beste gerealiseerd kan worden⁹. **(kostenfactor 3)**
- (4) Maatschappelijke ontwikkelingen: In het nhc-onderhoudsplan is opgenomen dat de nhc naast aanpassingen van index en rente, alleen aangepast wordt voor gevolgen van politieke

⁷ Ook binnen de normatief vastgestelde grondprijs-categorieën (inclusief op- of afslag) kunnen natuurlijk verschillen optreden. Een pand langs de Keizersgracht zal qua grond meer kosten dan een pand in de Baarsjes, terwijl hiervoor wel dezelfde maximale opslag van 20% voor gold (binnen de postcode lijst dezelfde postcode range)

⁸ Bij de invoering van de nhc is uitgegaan van het langjarig gemiddelde CPI over 30 jaar. Op dat moment was deze 2,5%. In het nhc-onderhoudsplan is opgenomen dat dit periodiek geijkt wordt, waarbij voor wijziging een bandbreedte van + of - 0,5% wordt gehanteerd. In 2016 heeft TNO de index gemonitord en geconcludeerd dat de actuele index de bandbreedte niet overschrijdt. In 2016 is er voor gekozen om de bandbreedte om de nhc stabiel te houden. Het stabiel houden van de vergoeding verlaagt de financieringsrisico's voor zorgvastgoed.

⁹ In de aanwijzing aan de NZa voor invoering integrale tarieven in de langdurige zorg heeft de minister gekozen voor de gemiddelde grondprijs in Nederland + 10%. Er is toen gekozen voor één norm voor grondkosten, terreinvoorzieningen en interim voorzieningen. Een zorgaanbieder die al beschikt over voldoende grond op een gunstige locatie, zal bij vervangende nieuwbouw kiezen voor (dure) interim voorzieningen om ruimte te maken voor vervangende nieuwbouw op dezelfde locatie.

besluitvorming over bouwvoorschriften of eisen die vanuit de IGJ worden gesteld. **(kostenfactor 4)**

- (5) De extra financiering voor uitzonderlijke gevallen is afgeschaft. In de aanwijzing heeft de minister gekozen voor een algemene opslag van 2% op de nhc. Deze vervangt de specifieke toeslagen in de oude bekostiging. De beleidsvrijheid die het Bouwcollege had om individuele instellingen middelen te geven is vervallen. **(kostenfactor 3)**

Kenmerk

Pagina
6 van 8

Onderstaande tabel geeft per kostenfactor aan hoe groot de invloed van de zorgaanbieder is en hoe beide financieringsvormen corrigeren.

Kostenfactor	Invloed aanbieder	Bouwcollege	nhc
1. Zorgvraag	-	0	0
2. Conjunctuureffecten	-/+	0	0
3. Grondprijzen ¹⁰ en lokale omstandigheden	-/+	+	0
4. Woningeisen en maatschappelijke ontwikkelingen	-	0	0
5. Afspraken andere partijen	+	X	X

0 : financiering corrigeert voor alle aanbieders gelijk

+

+

X : financiering corrigeert niet

4. Consequenties nieuwe financiering voor alle zorgaanbieder

De nhc geeft een vergoeding op basis van de geleverde productie. Deze is dus variabel en vraagt daarmee meer van de bedrijfsvoering van zorgaanbieders. Zij moeten bijvoorbeeld zelf meer rekening houden met kosten voor interim voorzieningen, bekostiging rentekosten, renterisico, inkoopverschillen. Dit vraagt om een investeringsstrategie.

Dit kan zowel positieve als negatieve gevolgen hebben: Voordelen kunnen onder andere zijn dat zorginstellingen bij verkoop van vastgoed de boekwinsten kunnen behouden¹¹. Nadelen kunnen zijn dat banken hogere solvabiliteitseisen kunnen stellen, hogere rente vragen en voor kortere periode de leningen vastleggen¹². Ook is er meer herfinancieringsrisico.

Badkuip effect

Er is in de nhc geen directe relatie tussen de vergoeding van kapitaallasten en de daadwerkelijke kapitaallasten bij eigendomspanden. De kosten zijn in het 1^e jaar het hoogst en opbrengsten in het laatste jaar het hoogst. Dit zorgt voor een 'badkuip' effect. Dit effect speelt bij zorgaanbieders die weinig vastgoed hebben (omdat bij grotere portefeuilles het financieringsoverschot gebruikt kan worden voor de nieuwbouw) en bij zorgaanbieders die in één keer (een groot deel) van het vastgoed vernieuwen. Een zorgaanbieder geeft aan dat dit badkuip effect lang niet door alle instellingen kan worden opvangen. Uit het kostenonderzoek Wlz is gebleken dat zorgaanbieders waarschijnlijk het overschot op de nhc vergoeding hebben ingezet voor zorg, in plaats van deze opbrengsten te sparen voor nieuw-of verbouw.

¹⁰ bij grondkostenverschillen gaat het om daaruit voortvloeiende rentekosten (op grond wordt niet afgeschreven).

¹¹ Hier gelden natuurlijk wel de vereisten van het College Sanering bij afstoten en vervreemding van vastgoed

¹² Bij een korte lening periode kan niet altijd meer worden voldaan aan gouden balansregel; het gelijk houden van de looptijd financiering aan de (economische) levensduur van een pand.

Reacties zorgaanbieders:

Kenmerk

De belangrijkste factoren die de NHC beïnvloeden afhankelijk zijn van sector (aard van de bouw) en marktontwikkelingen. Deze elementen zijn meegenomen in de NHC. Alleen de "lokale" component ontbreekt. Net als bij de zorgexploitatie denk ik dat er ook bij vastgoed zeker lokale elementen zijn die van invloed zijn. Ik denk echter dat veel instellingen hier in meer of mindere mate mee te maken krijgen en dat het daarmee geen factor is die een verschil in tarief rechtvaardigt.

Pagina
7 van 8

De niet beïnvloedbare factoren zijn naar onze mening niet objectief te bepalen. De zorgorganisatie stuurt middels opbouw en mix vastgoedportefeuille, afhankelijk van visie op vastgoed. Veel factoren van invloed op de bouwkosten, maar elementen kennen zowel positieve als negatieve gevolgen, en zijn niet te objectiveren. Dit komt ook tot uitdrukking in de tabel uit de score +/-.

Bronnen

Kenmerk

<http://www.bouwkostenkompas.nl/Default.aspx>

Hier worden allerlei gegevens verzameld over bouwkostenverschillen, bijvoorbeeld tussen verschillende type woningen of functies. Zorgfunctie is er hier één van.

Pagina
8 van 8

Bron: <https://www.bdb.nl/home/default.aspx>

De indexcijfers van BDB geven inzicht in de kostenontwikkelingen van de **lonen**, **materialen** en **materieel**. Hierbij maken wij onderscheid tussen structurele en conjuncturele ontwikkelingen. De **structurele kostenontwikkelingen** omvatten de prijsontwikkelingen van de productiekosten bij een onveranderde vraag. Met andere woorden, dit is de kostprijsontwikkeling. De **conjuncturele kostenontwikkelingen** omvatten de prijsontwikkelingen die ontstaan door vraag en aanbod op de aanbestedingsmarkt. Dit geeft de marktwerking weer. De conjuncturele ontwikkelingen bewegen zich rondom de structurele ontwikkelingen.

College sanering

Zorginstellingen mogen niet zomaar vastgoed afstoten. Als een zorginstelling onroerende zaken wil verkopen, verhuren of onderwerpen aan een beperkt recht (bijvoorbeeld erfpacht of opstal), dan kan dat alleen als daar van te voren goedkeuring voor is verleend door het College sanering.

De achterliggende gedachte bij de wetgever voor deze regeling is dat er zo veel mogelijk geld in de gezondheidszorg dient te blijven en niet wegvloeit naar bijvoorbeeld gemeenten of projectontwikkelaars. Om dit te bereiken houdt het College sanering toezicht op het vervreemdingsproces. Het College sanering ziet er op toe dat dit proces open en transparant is en dat er uiteindelijk een marktconforme prijs wordt betaald aan de instelling¹³.

¹³ <https://www.collegesanering.nl/College-sanering>

Samen voor waardevolle zorg



*Perspectief op een nieuwe
bekostiging voor de
verpleeghuiszorg*

1. Introductie

Opdracht

Voor u ligt een advies over de toekomst van de bekostiging van de verpleeghuiszorg. Dit advies is opgesteld door mensen van alle partijen die belang hebben bij een goede organisatie van zorg voor cliënten die verpleeghuiszorg nodig hebben. Samen hebben we de ambitie om goede zorg mogelijk te maken. Wij hebben de overtuiging dat een eenvoudiger en duurzamer model voor bekostiging daarbij helpt.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) advies gevraagd over de bekostiging van de verpleeghuiszorg. Dit advies schetst de toekomst. De NZa geeft daarnaast advies over de landing van de kwaliteitseisen in de tarieven. Samen met een rapport over de niet-beïnvloedbare factoren vormen deze stukken een drieluik voor de bekostiging: de toekomst, de korte termijn en de technische mogelijkheden.

Dit advies is onderdeel van het programma Thuis in het Verpleeghuis, waarin de implementatie van het in 2017 vastgestelde Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg centraal staat.

Proces

De bekostiging is een onderdeel van het hele systeem rondom verpleeghuiszorg. Daarom vindt de NZa dat alle partijen betrokken moeten zijn. Het proces is gestart met een gespreksronde met het veld. Hieruit bleek dat er veel verschillende perspectieven bestaan op de verpleeghuiszorg en de rol van bekostiging daarin.

De NZa werkt voor dit advies daarom met een sponsorgroep, waarin de cliënt, de aanbieder, het zorgkantoor, de wetenschap en de NZa vertegenwoordigd zijn. Deze sponsorgroep bestaat uit Carin Gaemers (schrijver manifest Scherp op Ouderenzorg), Karin Leferink (Raad van Bestuur IJsselheem), Caro Verlaan (senior manager Langdurige Zorg bij CZ), Jan Hamers (hoogleraar ouderenzorg bij Maastricht University) en Josefiën Kursten (directeur Regulering NZa).

De sponsorgroep heeft een tweedaagse werkconferentie georganiseerd waar ongeveer 40 vertegenwoordigers van het veld aanwezig waren. Deze mensen zijn uitgenodigd op basis van kennis, functie, invloed en achtergrond. Dit waren onder andere zorgprofessionals, cliëntenraadsleden, bestuurders, een afvaardiging van zorgkantoren, systeempartijen en brancheorganisaties.

Dit advies is tijdens de tweedaagse werkconferentie tot stand gekomen.

Historisch Narratief

Carin Gaemers



#samenvoorwaardevolle zorg

Omgeving

Om de toekomst te verkennen, is kennis uit het verleden nodig. We nemen u mee in een paar ontwikkelingen die belangrijk zijn geweest in het bouwen van een model van de toekomst.

In de jaren '60 kwam de ontwikkeling naar professionele ouderenzorg in verpleeghuizen zoals we die nu kennen op gang. In deze periode stapten we van voornamelijk informele zorg naar voornamelijk formele zorg over. De grenzen hiervan worden al enige jaren gevoeld. We worden steeds ouder en de babyboomgeneratie komt op een leeftijd dat ze meer zorg nodig gaan hebben.

Verzorgingshuizen bestaan niet meer. Door de afbouw en decentralisatie wonen er meer mensen langer thuis, omdat alleen mensen met ernstige problemen terecht kunnen in het verpleeghuis. Daarnaast willen mensen zo lang mogelijk zelf bepalen hoe hun leven eruitziet. En hun woonplek hoort hier bij.

In de meest recente toekomst is een verandering te zien in de blik op verpleeghuiszorg. Het medische en meetbare deel is niet langer het enige perspectief. Welzijn, aansluiten bij persoonlijke wensen en het persoonlijke verhaal worden steeds belangrijker. Dit zien we ook terug in het kwaliteitskader verpleeghuiszorg in 2017. Ook is er steeds meer behoefte aan zinvolle verantwoording.

Bij het nadenken over de toekomst, gaan we uit van wat we nu zien:

- Het kwaliteitskader verpleeghuiszorg is vastgesteld;
- Er is een tekort aan personeel op de arbeidsmarkt, dit neemt toe door de vergrijzing;
- Er zijn steeds meer mensen met een zorgvraag door de vergrijzing. De zorgvraag is vaak ook ingewikkelder, omdat mensen meer problemen tegelijkertijd hebben;
- ICT en domotica krijgen een steeds grotere rol in het dagelijks leven en in de zorg;
- Het gaat nu goed met de economie, maar dat zal niet altijd zo zijn. Schommelingen hebben grote invloed op het geld dat beschikbaar is voor zorg;
- De verwachtingen van nieuwe ouderen zijn anders, zij verwachten bijvoorbeeld meer keuzevrijheid.

2. Visie en uitgangspunten



Samen met de Cliënt!

Koeh
Comic House

Waardegedreven: het gaat om mensen

Zorg is mensenwerk. Het begint bij een cliënt die zorg nodig heeft. En bij degene die voor deze persoon zorgt. In de relatie tussen de cliënt en de zorgprofessional ontstaat waarde. Wij geloven dat de mensen die zorg leveren uit zichzelf gemotiveerd zijn om liefdevolle, maar ook professioneel goede zorg te leveren. De bekostiging van zorg moet daar op aansluiten.

Eenvoudig en duurzaam

We willen graag een eenvoudiger bekostigingsmodel. Een uitgangspunt hierbij is dat mensen die zorg krijgen en geven het snappen. Eenvoud moet ook zorgen voor minder administratieve last voor zorgaanbieders. Dit geldt ook voor de verantwoording die moet worden afgelegd. Dat betekent overigens niet dat het model 'onder de motorkap' niet ingewikkeld kan zijn. De 'systeempartijen' (overheid en zorgkantoren) regelen dat de mensen om wie het gaat (cliënten, zorgprofessionals en bestuurders) er geen last van hebben. Regels mogen goede en noodzakelijke zorg niet in de weg staan.

#samenvoorwaardevolle zorg

Vertrouwen en openheid

De verschillende partijen ervaren wantrouwen in het systeem. We willen toe naar vertrouwen tussen alle partijen die samenwerken: overheid, zorgkantoren en zorgaanbieders (bestuurders en professionals). Daarvoor is meer openheid nodig. Binnen het 'systeem' en ook naar de mensen die nu of in de toekomst zorg nodig hebben. Dat helpt ook bij een goed beeld van de samenleving over de kwaliteit van de verpleeghuiszorg. De sector heeft laten zien dat ze hard werkt aan verbetering van de kwaliteit.

Evolutie

We willen samen naar een goed bekostigingsmodel groeien. Het is belangrijk voor zorgaanbieders dat zij niet met grilligheid en veranderende regels worden geconfronteerd. Zij moeten in de toekomst kunnen investeren. Dat geldt voor de bekostiging, maar ook voor het beleid. Aan de andere kant moet er ook flexibiliteit zijn om in te spelen op belangrijke maatschappelijke veranderingen. Daarom willen we stapsgewijs groeien naar een duurzame bekostiging. Dit is een gezamenlijk proces.

Lerend vermogen

We streven niet naar perfectie, maar naar een gezamenlijk doel. We doen dat door te leren en uit te proberen. Het wordt een cyclisch proces waarin we gebruiken wat we leren.

Narratief én normatief

Bij bekostiging van zorg hoort verantwoording of het geld is uitgegeven aan goede zorg voor de cliënt. Dat gebeurt niet alleen met 'tellen', maar ook door 'vertellen'. Dat vult elkaar aan. Hoe goede zorg eruit ziet, is voor iedereen anders. We willen dat zorg altijd aan de minimale eisen van veiligheid en hygiëne voldoet.

Basisniveau

We zorgen er in Nederland voor dat iedereen die dat nodig heeft, zorg krijgt. We dragen daar allemaal aan bij. Cliënten moeten kunnen vertrouwen op een basiskwaliteit en veiligheid die overal in het land geldt. Deze zorg wordt geleverd vanuit de wensen en behoeften van de cliënt. We willen een duurzame bekostiging: alle zorgaanbieders krijgen voldoende geld om het basisniveau waar te kunnen maken.

Aan de andere kant heeft solidariteit ook grenzen. We zijn er ons van bewust dat doelmatig omgaan met geld een voorwaarde is voor de solidariteit. Daar moeten we duidelijk over zijn naar iedereen.

3. Op weg naar de toekomst

We beschrijven in dit hoofdstuk de contouren van het toekomstige bekostigingsmodel dat wij tijdens de tweedaagse werkconferentie hebben ontwikkeld.

Het bekostigingsmodel bestaat uit twee delen:

1. een budget/tarief voor basiskwaliteit;
2. een budget voor investeringen.

We vinden het belangrijk dat er onafhankelijk wordt beoordeeld of een cliënt Wlz-zorg nodig heeft. Daarnaast vinden we het belangrijk dat de cliënt geen last heeft van de regels die in verschillende wetten zijn opgeschreven. We doen een voorstel om de problemen met deze schotten te verlichten.

1. Budget voor basiskwaliteit

We vinden dat elke inwoner van Nederland moet kunnen rekenen op landelijk bepaalde basiskwaliteit van zorg, (vormen van) behandeling, welzijn en veiligheid. Alle zorgaanbieders voldoen aan deze basiskwaliteit. Als de basiskwaliteit niet geboden wordt dan moet de zorgverlening gestaakt worden. We vinden dat daar waar het gaat om welzijn en wonen niet alles collectief gefinancierd hoeft te worden. Extra services en de woning zijn voor eigen rekening van de burger, net als buiten het verpleeghuis.

We vinden dat zorgaanbieders die de basiskwaliteit leveren moeten worden bekostigd met één budget. Dit budget moet rekening houden met de zwaarte van de zorgvraag van de cliënten en de omstandigheden van de aanbieder. Er is daarom data nodig over de zorgzwaarte van de cliëntpopulatie, de niet-beïnvloedbare factoren en bedrijfsvoering. Met niet-beïnvloedbare factoren bedoelen we bijvoorbeeld geografische factoren die verschillen in kosten tussen zorgaanbieders veroorzaken. Deze gegevens stoppen we in een 'vereveningsmodel', we verlaten dus het afrekenen per ZZP. Dit model baseren we op historische gegevens. Als gevolg van de verevening zijn (her)-indicaties niet langer nodig om de financiën aan te sluiten op de benodigde zorg. Dit scheelt bovendien enorm in de administratieve lasten.

Het budget dat een aanbieder krijgt zal daarom passen bij de zorg voor de cliënten. Uiteraard onder voorwaarde van een goede bedrijfsvoering. Dit betekent dat zorgaanbieders zorg moeten leveren aan alle cliënten die bij hen aankloppen voor langdurige zorg. Met uitzondering van zorg die vraagt om hele gespecialiseerde kennis en ervaring.

We pleiten voor een normatieve verantwoording van de basiskwaliteit op landelijk niveau. Daarvoor moet een landelijke dataset worden ontwikkeld. Daarin wordt alleen informatie opgenomen als deze nodig is vanuit het perspectief van de cliënt, de bekostiging en het leren en verbeteren.

#samenvoorwaardevolle zorg

2. Het investeringsbudget

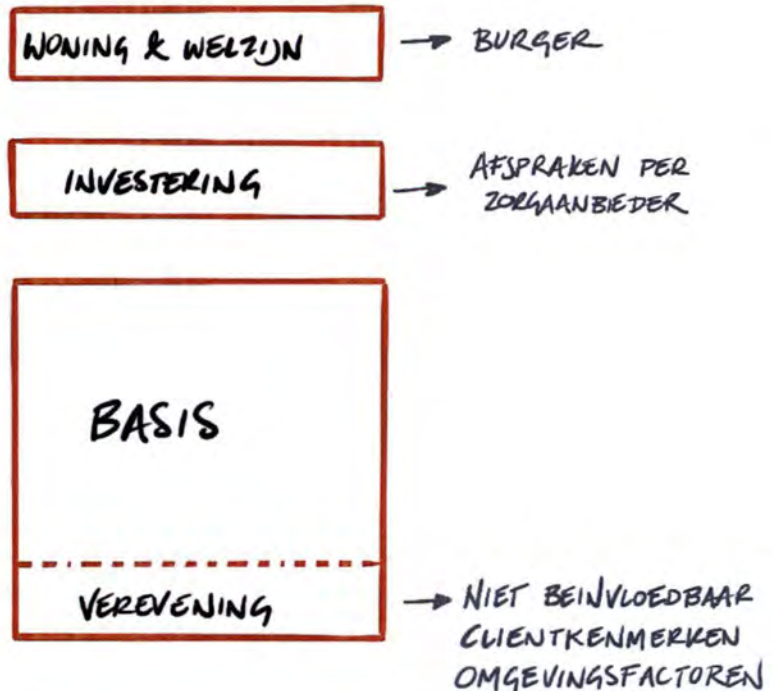
We vinden dat er een investeringsbudget moet zijn om zorgaanbieders ruimte te bieden voor vernieuwingen en om experimenten te bekostigen. Hierover worden maatwerk afspraken met zorgaanbieders gemaakt.

We pleiten voor een meer narratieve verantwoording van het investeringsbudget om ervoor te zorgen dat de meerwaarde voor de cliënt en de professionals in beeld komt.

Van schotten naar flexen

Er zijn verschillende wetten voor de financiering van zorg. Er blijven daarom vooralsnog schotten bestaan tussen verschillende soorten zorg. We willen echter dat de cliënt en de zorgaanbieder geen moeilijkheden ervaren wanneer nodige zorg niet precies binnen een wet valt. Financiers moeten soepel om kunnen gaan met het inzetten van geld op de grenzen van de wetten. Het is daarvoor noodzakelijk dat de afbakening van de landelijke budgetten en de verantwoording over de rechtmatigheid genoeg flexibiliteit bieden. Het zorgkantoor, de verzekeraar en de gemeenten zoeken samen naar de juiste financiering. Er is geen verkeerd loket.

TOEKOMST



#samenvoorwaardevolle zorg



4. Uitwerking van het model: welke vragen moeten we beantwoorden?

In hoofdstuk drie spraken we over de contouren van het nieuwe model. Het ontwerp van het model is voor ons de start van het proces. Het is een richting waar we het over eens zijn en waar we in geloven. Daarin kunnen we al stappen zetten.

Maar als je praat over de toekomst van de ouderenzorg, ontkom je niet aan een aantal andere discussies. Daar hebben we de twee dagen in Nuland ook bij stil gestaan. Hieronder geven we weer welke vragen de toekomst oproept.

Wat moet er onder verpleeghuiszorg vallen?

We hebben nu een paar jaar ervaring in de Wet langdurige zorg. In de praktijk lopen we tegen een paar vragen aan. We verwachten dat de groep ouderen die langdurig extra zorg nodig heeft, zal toenemen. Zal dat in de toekomst thuis of in een verpleeghuis zijn? Of in een woonvorm die daar tussenin zit? Welke mogelijkheden biedt toekomstige technologie? En wat hoort daar aan zorg, behandeling en welzijn bij?

Wonen

We denken dat in de toekomst wonen en zorg gescheiden moeten worden. Dat betekent dat cliënten zelf huur betalen, ook als ze in een verpleeghuissetting (gaan) wonen. We hebben eerder gezegd dat we de veranderingen stap voor stap willen invoeren. We zouden graag de mogelijkheden hiervoor verder willen verkennen. Daarmee kan de politieke besluitvorming worden geholpen.

Welzijn

Welzijn hoort bij waardevolle zorg. We willen dat ouderen een zinvolle invulling kunnen geven aan hun leven, ook als ze afhankelijk zijn van professionele zorg in een beschermde omgeving.

We voorzien dat het aantal ouderen dat langdurige zorg nodig heeft zal groeien. Daarmee komt er een grotere druk op de samenleving en de betaalbaarheid van de zorg. We vinden dat we daarom in gesprek moeten gaan over de rol en verantwoordelijkheid van een zorgaanbieder voor welzijn samen met cliënten en naasten. Wat hoort bij goede zorg (basisniveau) en wat mag als aanvullend gezien worden?

Behandeling

Er zijn cliënten in de Wlz die behandeling vanuit de Wlz ontvangen en er zijn cliënten die deze zorg vanuit de Zvw krijgen. Daarmee bestaat er ongelijkheid tussen deze twee groepen. Het Zorginstituut heeft daarover een advies geschreven. De NZa is bezig met een uitvoeringstoets. Over de bekostiging van behandeling moet nog verder nagedacht worden.

Ouderen wonen langer thuis

Cliënten kunnen hun zorg thuis vanuit drie verschillende domeinen ontvangen: ondersteuning vanuit de Wmo via de gemeente, wijkverpleging vanuit de Zvw of zorg vanuit de Wlz. Het is voor cliënten die thuis wonen niet duidelijk hoe het systeem in elkaar zit. Er zijn grote verschillen die de cliënt raken. Bijvoorbeeld waar ze wel en niet recht op hebben en wat de financiële bijdrage is.

Schotten in de zorg

De verschillende vraagstukken die we hierboven hebben beschreven, worden ook wel schotten genoemd. Die schotten vind je terug binnen de domeinen of wetten, maar ook daartussen. We willen graag verkennen hoe we op korte en lange termijn oplossingen kunnen bedenken die het voor cliënten eenvoudiger maken. We stellen voor om te onderzoeken of het mogelijk is dat de zorg en behandeling thuis uit de Zvw wordt betaald. Mogelijk is een wijkverpleging-plus tarief nodig voor cliënten met een zware zorgvraag.

Wat is basiskwaliteit?

We zijn het erover eens dat de ouderenzorg in Nederland aan een basiskwaliteit moet voldoen. Wat goede zorg is, is beschreven in het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Hierin is een aantal ontwikkelopdrachten voor de sector opgenomen. Het meetbaar maken van basiskwaliteit is daar een van. We willen daar met het model op aansluiten.

Welke zorg is zinvol en betaalbaar?

De huidige maatschappij is meer en meer vraaggericht ingesteld. De klant is koning. Om de zorg in de toekomst betaalbaar te houden, is het noodzakelijk om met elkaar de discussie te voeren over de mate waarin zorg zinvol en betaalbaar is en blijft. Wat vinden we noodzakelijke zorg? Welke efficiëntie is mogelijk in de organisatie van de zorg?

DIFFERENTIATIE
MAG ER ZIJN HOOR!



De Mens

Kouch
Comics House

5. “Aan de slag” (transformatie en eerste stappen)

Proces

We hebben met ongeveer 40 mensen vanuit verschillende perspectieven gewerkt aan dit advies. We willen graag dat ook de mensen die er niet bij waren, dit advies kennen en in het gedachtegoed worden meegenomen. De deelnemers van de werkconferentie zijn de ambassadeurs voor dit advies. Zij hebben uitgesproken dat zij zich in willen spannen om hun eigen achterban mee te nemen. De deelnemers zijn een afspiegeling, maar geen totale vertegenwoordiging van alle belanghebbenden in de langdurige zorg.

We vinden het belangrijk dat we ook van een bredere kring horen wat zij van het advies vinden en welke kansen en risico's zij zien. Er is uit de deelnemersgroep een kerngroep ontstaan die verantwoordelijk is voor verdere verspreiding onder belanghebbende partijen en eigenaarschap toont voor de vervolgstappen van het advies. Naast de ambassadeurs heeft de NZa ook een rol in de verspreiding en de vervolgstappen van het advies. De NZa zal in een brief bij het advies ook de input van de bredere kring van betrokkenen verwerken.

We hebben tijdens de werkconferentie de inbreng vanuit diverse invalshoeken en de discussies die zijn gevoerd als waardevol ervaren. We willen dat daarom voortzetten bij de verdere bouw en ontwikkeling van het model.

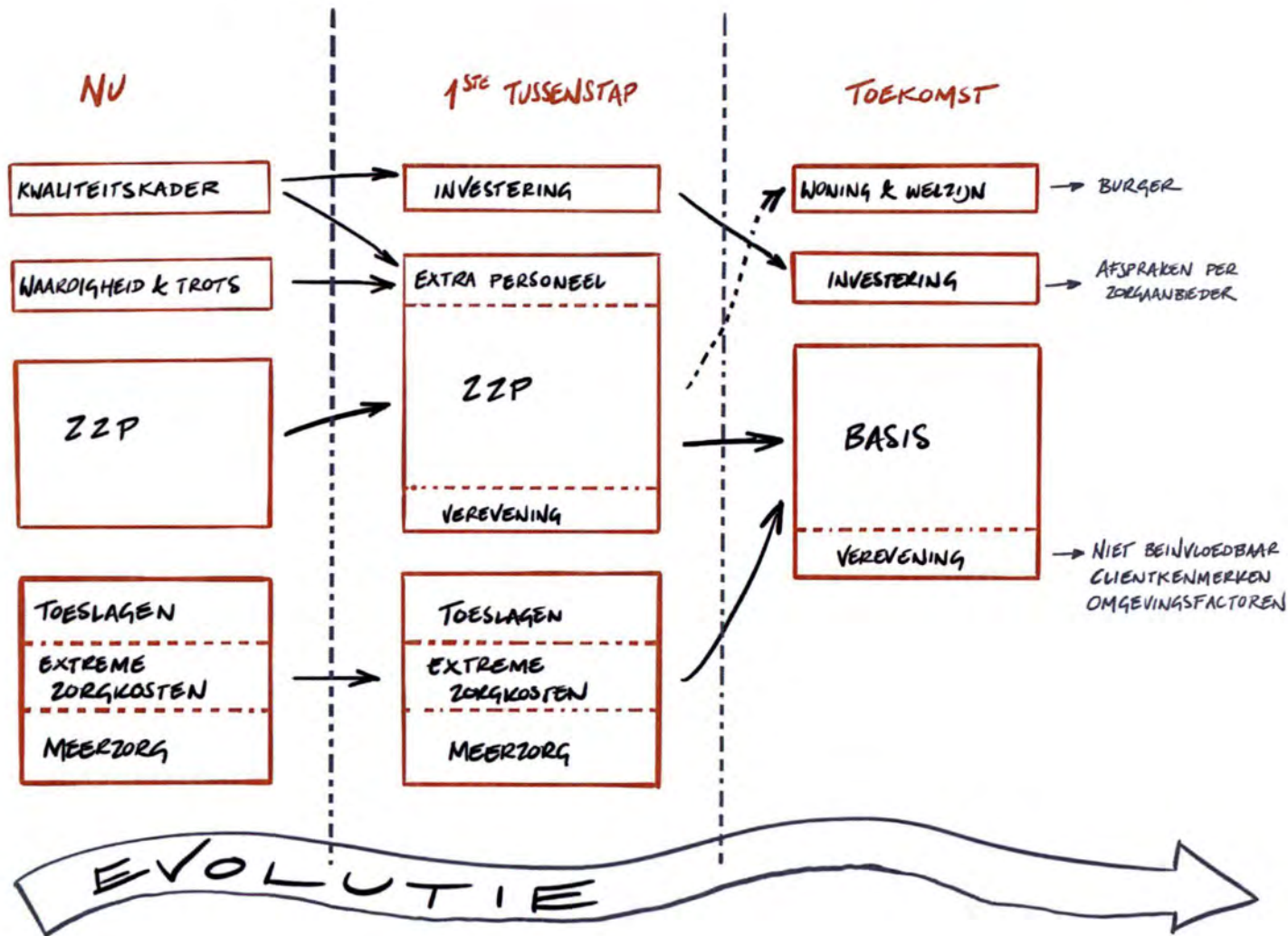
Transformatie en eerste stappen

In deze paragraaf schetsen we op inhoud de eerste stappen die nodig zijn om te komen tot het realiseren van het bekostigingsmodel voor de langere termijn, zoals in hoofdstuk 3 weergegeven. Concreet adviseren we om op korte termijn de volgende stappen te ondernemen.

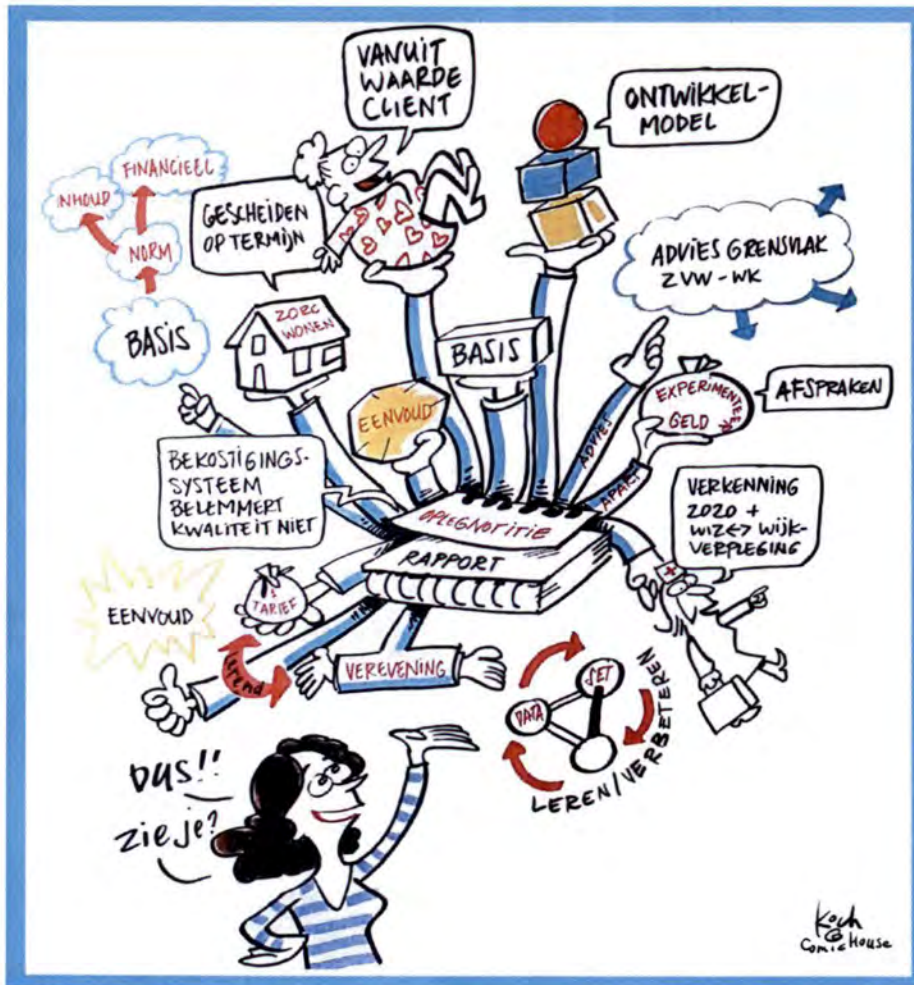
- Ontwikkelen van een dataset. Om inzicht te krijgen in kenmerken van cliënten en kenmerken van bedrijfsvoering moeten we met elkaar bepalen welke gegevens hier het meeste over zeggen. Belangrijk is om aan te sluiten bij het KIK-V programma van het zorginstituut.
- Inzetten van systematische vergelijking tussen zorgaanbieders ten behoeve van het lerend vermogen.
- Uitbreiden onderzoek naar stedelijkheid naar andere niet-beïnvloedbare factoren.
- Laten landen van de kwaliteitsmiddelen in de zzp-tarieven.
- Uitwerken uitgangspunten voor het investeringsbudget. Een deel van het landelijke budget moet apart gehouden worden voor investeringen. Er moet worden bepaald hoe groot dit deel is en hoe de afspraken hierover gemaakt worden.
- Uitwerken van een oplossing voor de schottenproblematiek. Op korte termijn maken we een juridische analyse van de mogelijkheden voor een flexibele verbinding tussen wetten, waardoor zorgaanbieders en cliënten geen belemmeringen ervaren door de bestaande schotten.

In het schema op de volgende pagina worden deze eerste stappen weergegeven.

#samenvoorwaardevolle zorg



#samenvoorwaardevolle zorg



Samenvattend de unieke punten van ons model:

- Door haar eenvoud is het model uitlegbaar, waarbij de nadruk ligt op de zorg voor de cliënt in plaats van verantwoording
- Een duurzaam model zorg voor stabiliteit, ook bij veranderingen in de samenleving
- De indeling met een budget voor basiskwaliteit sluit aan bij het solidariteitsbeginsel in ons land
- Het budget per zorgaanbieder sluit, onder andere door het toepassen van een verevening, aan bij de zorgvraag van diens individuele cliënten
- Door evoluerend te werken, ondersteunen we het lerend vermogen binnen de sector
- De investeringsruimte biedt gelegenheid voor ontwikkeling en innovatie
- Het model stimuleert transparantie bij zorgaanbieders. Hierdoor krijgt de cliënt inzicht in de zorg die geleverd wordt
- De verantwoording is zowel normatief als narratief. We hebben op deze manier inzicht in de basiskwaliteit en –veiligheid én in het verhaal achter deze cijfers

Overzicht resultaten analyse niet-beïnvloedbare factoren op kosten

Introductie

In dit onderzoek over niet-beïnvloedbare verschillen tussen zorgaanbieders in de verpleeg- en verzorgingshuissector onderzoeken we relaties tussen kosten of kost-gerelateerde variabelen aan de ene kant, en omgevingsfactoren zoals (groot)stedelijkheid en (lage) sociaal-economische status in de omgeving van de zorgaanbieder aan de andere kant.

Het document bestaat uit drie delen en onderzoekt de volgende hypothesen:

Hypothesen deel 1 gaan direct over kosten

Hypothese 1: Totale kosten per (voor zorgzwaarte gecorrigeerde) verpleegdag zijn hoger in (groot)stedelijke gebieden en/of lage ses wijken.

Hypothese 2 is driedelig:

H2A: kapitaallasten per verpleegdag zijn hoger in (groot)stedelijke gebieden

H2B: materiele kosten per verpleegdag zijn hoger in (groot)stedelijke gebieden

H2C: personele kosten per verpleegdag zijn hoger in (groot)stedelijke gebieden en/of lage ses wijken

Hypothesen deel 2 betreffen kosten-gerelateerde kenmerken

H3: Het verzuim is hoger in in (groot)stedelijke gebieden en lage ses wijken Extra: (het verzuim is hoger in grote organisaties)

H4: Het aandeel inhuur personeel (PNIL) in de totale personeelskosten is hoger in (groot)stedelijke gebieden en lage ses wijken

H5: De cliënttevredenheid is lager in in (groot)stedelijke gebieden en lage ses wijken.

Hypothesen deel 3: extra hypothesen over deskundigheidsniveau en personeelsinzet

Hypothese 6 betreft deskundigheidsniveaus:

H6A: Het deskundigheidsniveau is lager in (groot)stedelijke gebieden

H6B: Hoger uurtarief per deskudigheidsniveau in (groot)stedelijke gebieden

H7: Fte cliëntratio (VOV-personeel) lager (voor zorgvraag gecorrigeerd) in (groot)stedelijke gebieden en lage ses wijken

Het doel is om te checken of we (5%) statistisch significante verschillen kunnen vinden. Hiervoor gebruiken we een dataset op basis van de gegevens uit het kostenonderzoek Wlz 2016 (hypothesen 1-6), Zorgkaart Nederland (hypothese 4), en het CBS. Hypothese 7 wordt voorlopig nog niet onderzocht. Dit kunnen we op basis van de data nog niet doen omdat we nog geen gezamenlijke methode hebben om vast stellen welk personeel hier precies onder valt. Deze laatste hypothese kunnen we eventueel in vervolgonderzoek opnemen.

Overzicht totaal set

Onderstaande tabel geeft aan hoeveel zorgaanbieders, met hoeveel kosten zijn meegenomen in deze analyse.

Table 1: Overzicht

	Aspect	Waarde
1	Aantal aanbieders (concerns)	162
2	Aantal locaties (Zorgkaart Nederland)	1216
3	Totaal Wlz kosten (in mld euro)	5.494
4	Aantal verblijfsproducten	28095822
5	Gemiddelde kosten per verblijfsproduct (euro)	196
6	Gemiddelde personeelskosten per verblijfsproduct (euro)	132
7	Aandeel van de kosten bij grootstedelijke aanbieders	0.13

Variabelen van omgevingsfactoren

(Groot)stedelijkheid

- STED__mean staat voor gemiddelde stedelijkheidsgraad (adressendichtheid)
- STED_1_of_2_mean staat voor percentage van stedelijkheidsgraad 1-2 (hogere adressendichtheid).
- groot_sted staat voor grootstedelijkheid

SES-indicatoren:

- avi_low is de indicator AVI
- ses_low os de indicator van (lage) inkomen

Deel 1

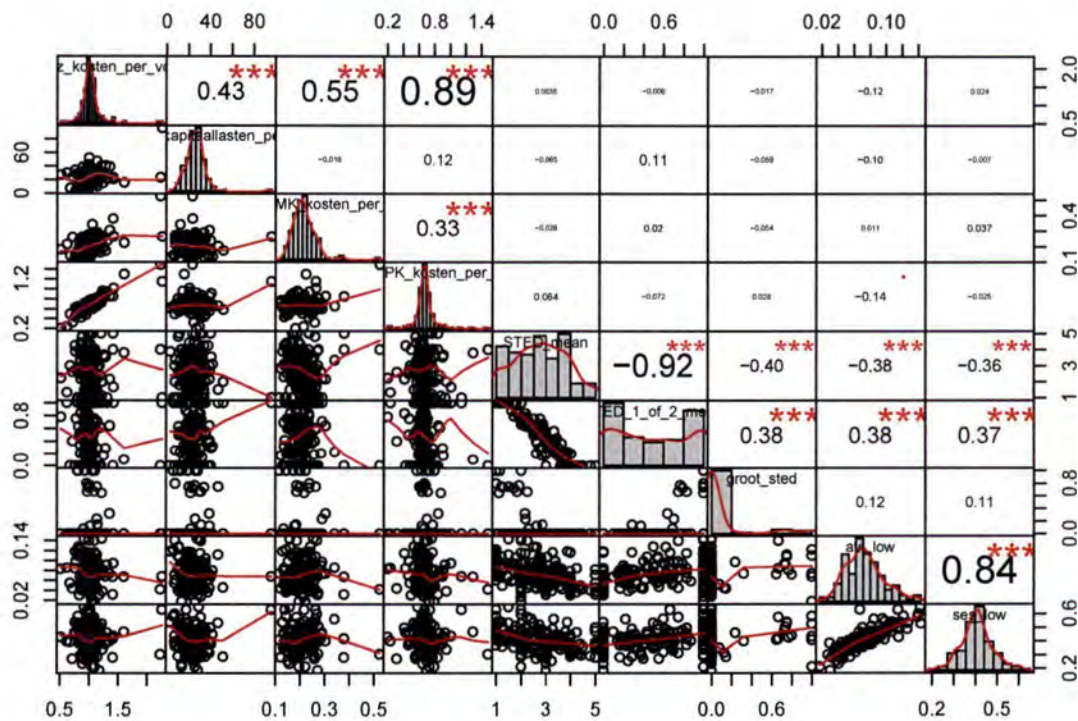
Descriptives van de relevante variabelen hypothesen deel 1

Table 2: Variabelen hypothesen deel 1

Statistic	N	Mean	St. Dev.	Min	Pctl(25)	Pctl(75)	Max
wlz_kosten_per_vdw	162	1.02	0.19	0.52	0.94	1.07	2.26
wlz_kapitaallasten_per_vd	162	24.61	9.93	3.16	19.36	29.26	96.04
wlz_MK_kosten_per_vdw	162	0.21	0.05	0.12	0.17	0.23	0.52
wlz_PK_kosten_per_vdw	162	0.68	0.14	0.20	0.63	0.71	1.49
STED_mean	162	2.78	1.06	1	2	3.6	5
STED_1_of_2_mean	162	0.49	0.38	0	0.2	0.9	1
groot_sted	162	0.08	0.25	0	0	0	1
avi_low	162	0.07	0.03	0.02	0.05	0.08	0.14
ses_low	162	0.41	0.08	0.19	0.36	0.46	0.65

Onderstaande correlation chart (in dezelfde volgorde) laat het volgende zien:

- stedelijkheidsvariabelen STED mean en 1 of 2 mean hangen sterk samen => alleen nog sted_1_en_2_mean mee in analyse
- geen correlatie tussen verklarende variabelen en kostenaandelen per verpleegdag.
- samenhang tussen stedelijkheid en grootstedelijkheid
- samenhang tussseu stedelijkheid en lage ses wijken (niet grootstedelijkheid)



Resultaten deel 1

Hypothese 1: Totale kosten per (voor zorgzwaarte gecorrigeerde) verpleegdag zijn hoger in (groot)stedelijke gebieden en/of lage ses wijken

De afhankelijke variabele is het aandeel van de totale Wlz kosten inclusief kapitaallasten per voor zorgvraag gecorrigeerde verpleegdag. De zorgvraagcorrectie is gemaakt door iedere verpleegdag te wegen tegen de landelijk gemiddelde kostprijs [2016] van het bijbehorende zorgzwaartepakket (zzp).

Ten eerste rapporteren we resultaten van zowel univariate als multivariate regressies met stedelijkheid en grootstedelijkheid als onafhankelijke variabelen. Geen van de testen geeft significante uitkomsten.

Table 3:

	<i>Dependent variable:</i>		
	wlz_kosten_per_vdw		
	(1)	(2)	(3)
STED_1_of_2_mean	-0.003 (0.040)		0.0003 (0.044)
groot_sted		-0.013 (0.062)	-0.014 (0.068)
Constant	1.026*** (0.025)	1.026*** (0.016)	1.026*** (0.025)
Observations	162	162	162
R ²	0.00004	0.0003	0.0003
Adjusted R ²	-0.006	-0.006	-0.012
Residual Std. Error	0.195 (df = 160)	0.195 (df = 160)	0.196 (df = 159)
F Statistic	0.006 (df = 1; 160)	0.046 (df = 1; 160)	0.023 (df = 2; 159)

Note: *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

Daarna doen we tests mbt structureel verschillen bij lage ses. Hiervoor gebruiken we regressies met variabelen avi_low (eerste onderstaande tabel) en ses_low (tweede onderstaande tabel).

Table 4:

	<i>Dependent variable:</i>			
	wlz_kosten_per_vdw			
	(1)	(2)	(3)	(4)
avi_low	-0.893 (0.594)	-1.028 (0.645)	-0.891 (0.601)	-1.034 (0.648)
STED_1_of_2_mean		0.024 (0.044)		0.028 (0.047)
groot_sted			-0.002 (0.062)	-0.017 (0.067)
Constant	1.089*** (0.045)	1.087*** (0.046)	1.089*** (0.045)	1.087*** (0.046)
Observations	162	162	162	162
R ²	0.014	0.016	0.014	0.016
Adjusted R ²	0.008	0.003	0.002	-0.003
Residual Std. Error	0.194 (df = 160)	0.194 (df = 159)	0.194 (df = 159)	0.195 (df = 158)
F Statistic	2.258 (df = 1; 160)	1.271 (df = 2; 159)	1.123 (df = 2; 159)	0.864 (df = 3; 158)

Note:

*p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

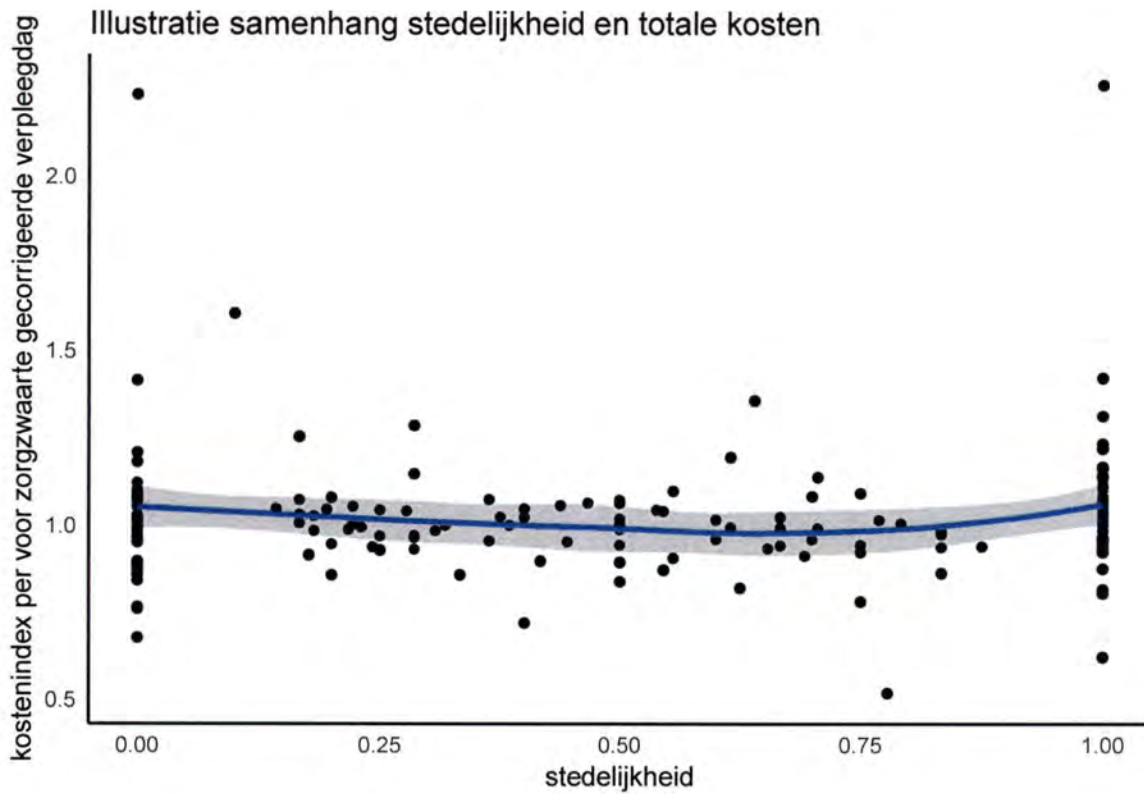
Table 5:

	<i>Dependent variable:</i>			
	wlz_kosten_per_vdw			
	(1)	(2)	(3)	(4)
ses_low	0.056 (0.182)	0.070 (0.196)	0.061 (0.184)	0.069 (0.197)
STED_1_of_2_mean		-0.009 (0.044)		-0.006 (0.047)
groot_sted			-0.016 (0.063)	-0.013 (0.068)
Constant	1.002*** (0.076)	1.000*** (0.077)	1.001*** (0.077)	1.000*** (0.077)
Observations	162	162	162	162
R ²	0.001	0.001	0.001	0.001
Adjusted R ²	-0.006	-0.012	-0.012	-0.018
Residual Std. Error	0.195 (df = 160)	0.195 (df = 159)	0.195 (df = 159)	0.196 (df = 158)
F Statistic	0.094 (df = 1; 160)	0.067 (df = 2; 159)	0.078 (df = 2; 159)	0.056 (df = 3; 158)

Note:

*p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

Onderstaande figuur biedt een illustratie van de relatie tussen totale kosten en stedelijkheid. We vinden geen relatie tussen totale kosten en de onderzochte variabelen.



Hypothese 2a: kapitaallasten per verpleegdag zijn hoger in (groot)stedelijke gebieden

De afhankelijke variabele is gedefinieerd als de kapitaallasten per verpleegdag.

We voeren regressies uit met stedelijkheid en grootstedelijkheid als onafhankelijke variabelen. Geen van de testen geeft (5%) significante uitkomsten.

Table 6:

	<i>Dependent variable:</i>		
	wlz_kapitaallasten_per_vd		
	(1)	(2)	(3)
groot_sted	-2.353 (3.172)		-4.730 (3.413)
STED_1_of_2_mean		2.834 (2.056)	4.019* (2.221)
Constant	24.803*** (0.824)	23.212*** (1.277)	23.020*** (1.281)
Observations	162	162	162
R ²	0.003	0.012	0.024
Adjusted R ²	-0.003	0.006	0.011
Residual Std. Error	9.943 (df = 160)	9.902 (df = 160)	9.873 (df = 159)
F Statistic	0.550 (df = 1; 160)	1.900 (df = 1; 160)	1.916 (df = 2; 159)

Note:

*p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

Een extra analyse waarbij we kijken naar de spreiding in de kapitaallasten wijst uit deze groot is.

Eerst de spreiding onder zorgaanbieders in grootstedelijk gebied: het gemiddelde is 22.99 euro met een standaardafwijking van 10.92 euro.

Table 7:

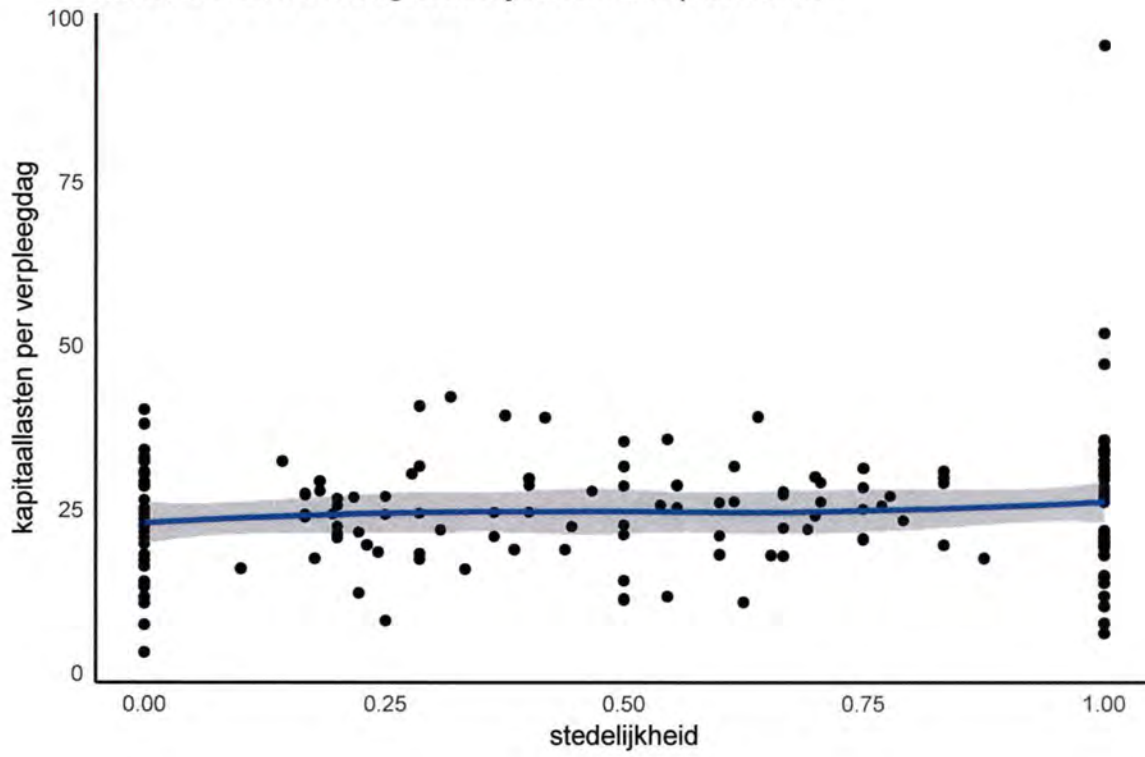
Statistic	N	Mean	St. Dev.	Min	Pctl(25)	Pctl(75)	Max
wlz_kapitaallasten_per_vd	15	22.99	10.92	6.04	16.51	29.17	47.18
STED_1_of_2_mean	15	0.94	0.10	0.75	0.92	1.00	1.00

Het gemiddelde bij niet-grootstedelijke aanbieders ligt op 24.53 met een standaardafwijking van 9.85.

Table 8:

Statistic	N	Mean	St. Dev.	Min	Pctl(25)	Pctl(75)	Max
wlz_kapitaallasten_per_vd	142	24.53	9.85	3.16	19.06	29.12	96.04
STED_1_of_2_mean	142	0.44	0.37	0	0.02	0.8	1

Illustratie samenhang stedelijkheid en kapitaallasten



Hypothese 2b: Materiele kosten per verpleegdag zijn hoger in (groot)stedelijke gebieden

We voeren regressies uit met stedelijkheid en grootstedelijkheid als onafhankelijke variabelen. Geen van de testen geeft significante uitkomsten.

Table 9:

	<i>Dependent variable:</i>		
	wlz_MK_kosten_per_vdw		
	(1)	(2)	(3)
STED_1_of_2_mean	0.003 (0.01)		0.01 (0.01)
groot_sted		-0.01 (0.02)	-0.01 (0.02)
Constant	0.21*** (0.01)	0.21*** (0.004)	0.21*** (0.01)
Observations	162	162	162
R ²	0.0004	0.003	0.005
Adjusted R ²	-0.01	-0.003	-0.01
Residual Std. Error	0.05 (df = 160)	0.05 (df = 160)	0.05 (df = 159)
F Statistic	0.06 (df = 1; 160)	0.47 (df = 1; 160)	0.38 (df = 2; 159)

Note:

*p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

Hypothese 2c: Personele kosten per verpleegdag zijn hoger in (groot)stedelijke gebieden en/of lage ses wijken

De afhankelijke variabele is gedefinieerd als het aandeel personele kosten in voor zorgzwaarte gecorrigeerde verpleegdag.

Ten eerste voeren we regressies uit met stedelijkheid en grootstedelijkheid als onafhankelijke variabelen. Geen van de coëfficiënten is significant.

Table 10:

	<i>Dependent variable:</i>		
	wlz_PK_kosten_per_vdw		
	(1)	(2)	(3)
STED_1_of_2_mean	-0.03 (0.03)		-0.04 (0.03)
groot_sted		0.02 (0.04)	0.04 (0.05)
Constant	0.70*** (0.02)	0.68*** (0.01)	0.70*** (0.02)
Observations	162	162	162
R ²	0.01	0.001	0.01
Adjusted R ²	-0.001	-0.01	-0.004
Residual Std. Error	0.14 (df = 160)	0.14 (df = 160)	0.14 (df = 159)
F Statistic	0.84 (df = 1; 160)	0.13 (df = 1; 160)	0.72 (df = 2; 159)

Note:

*p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

Daarnaast testen we de relatie tussen personeelskosten en lage ses (variabelen *avi_low* en *ses_low*). Ook daar zijn de coëfficiënten niet (5%) significant.

Table 11:

	<i>Dependent variable:</i>			
	wlz_PK_kosten_per_vdw			
	(1)	(2)	(3)	(4)
avi_low	-0.77* (0.42)	-0.73 (0.46)	-0.80* (0.42)	-0.72 (0.46)
STED_1_of_2_mean		-0.01 (0.03)		-0.02 (0.03)
groot_sted			0.03 (0.04)	0.03 (0.05)
Constant	0.74*** (0.03)	0.74*** (0.03)	0.74*** (0.03)	0.74*** (0.03)
Observations	162	162	162	162
R ²	0.02	0.02	0.02	0.02
Adjusted R ²	0.01	0.01	0.01	0.01
Residual Std. Error	0.14 (df = 160)	0.14 (df = 159)	0.14 (df = 159)	0.14 (df = 158)
F Statistic	3.41* (df = 1; 160)	1.72 (df = 2; 159)	1.87 (df = 2; 159)	1.32 (df = 3; 158)

Note: *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

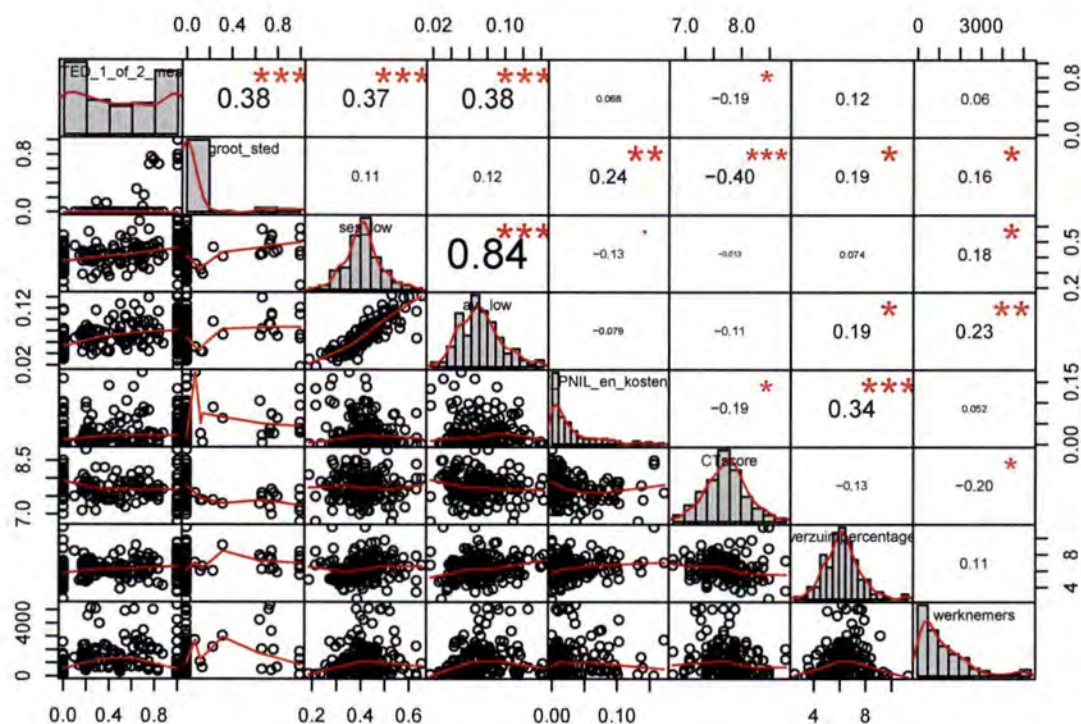
Table 12:

	<i>Dependent variable:</i>			
	wlz_PK_kosten_per_vdw			
	(1)	(2)	(3)	(4)
ses_low	-0.04 (0.13)	0.002 (0.14)	-0.05 (0.13)	0.01 (0.14)
STED_1_of_2_mean		-0.03 (0.03)		-0.04 (0.03)
groot_sted			0.02 (0.04)	0.04 (0.05)
Constant	0.70*** (0.05)	0.70*** (0.05)	0.70*** (0.05)	0.70*** (0.05)
Observations	162	162	162	162
R ²	0.001	0.01	0.002	0.01
Adjusted R ²	-0.01	-0.01	-0.01	-0.01
Residual Std. Error	0.14 (df = 160)	0.14 (df = 159)	0.14 (df = 159)	0.14 (df = 158)
F Statistic	0.10 (df = 1; 160)	0.42 (df = 2; 159)	0.13 (df = 2; 159)	0.48 (df = 3; 158)

Note: *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

Deel 2

Descriptives van relevante variabelen hypothesen deel 2



Resultaten Deel 2

H3: Het verzuim is hoger in (groot)stedelijke gebieden an lage ses wijken

Onderstaande regressies mbt (groot)stedelijkheid laten een (5%) significante relatie zien met grootstedelijkheid.

Daarna voegen we nog variabele avi_low toe: naast grootstedelijkheid is ook avi_low (5%) significant.

Als we variabele ses_low gebruiken, vinden we geen significante relatie. Mogelijk is onze ses_low-indicator te grof om de 'kwetsbaarheid' van de wijken te kunnen vangen.

Table 13:

	<i>Dependent variable:</i>		
	verzuimpercentage		
	(1)	(2)	(3)
STED_1_of_2_mean	0.46 (0.29)		0.23 (0.31)
groot_sted		1.04** (0.44)	0.91* (0.47)
Constant	6.06*** (0.18)	6.20*** (0.11)	6.10*** (0.18)
Observations	162	162	162
R ²	0.02	0.03	0.04
Adjusted R ²	0.01	0.03	0.03
Residual Std. Error	1.38 (df = 160)	1.37 (df = 160)	1.37 (df = 159)
F Statistic	2.52 (df = 1; 160)	5.70** (df = 1; 160)	3.12** (df = 2; 159)

Note: *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

Table 14:

	<i>Dependent variable:</i>			
	verzuimpercentage			
	(1)	(2)	(3)	(4)
avi_low	10.43** (4.19)	9.20** (4.55)	9.37** (4.18)	9.51** (4.51)
STED_1_of_2_mean		0.22 (0.31)		-0.03 (0.33)
groot_sted			0.92** (0.43)	0.94** (0.47)
Constant	5.54*** (0.32)	5.52*** (0.32)	5.54*** (0.32)	5.54*** (0.32)
Observations	162	162	162	162
R ²	0.04	0.04	0.06	0.06
Adjusted R ²	0.03	0.03	0.05	0.05
Residual Std. Error	1.36 (df = 160)	1.37 (df = 159)	1.35 (df = 159)	1.35 (df = 158)
F Statistic	6.20** (df = 1; 160)	3.33** (df = 2; 159)	5.44*** (df = 2; 159)	3.61** (df = 3; 158)

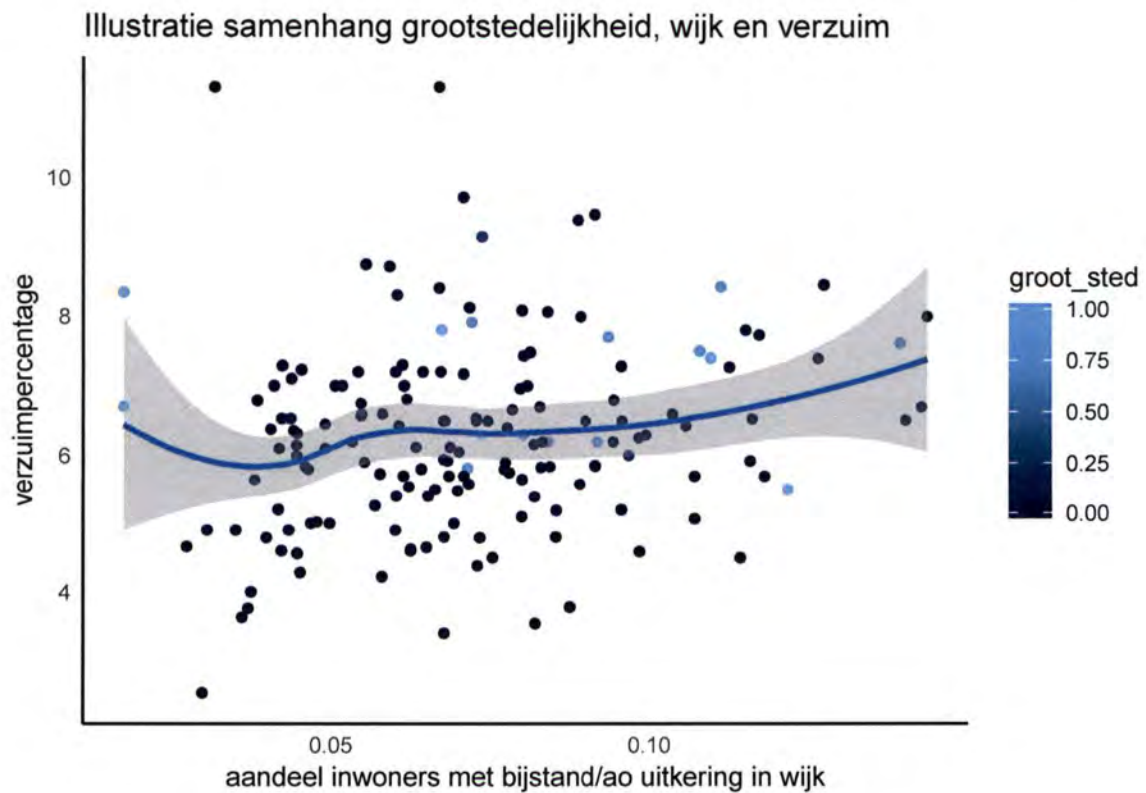
Note: *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

Table 15:

	<i>Dependent variable:</i>			
	verzuimpercentage			
	(1)	(2)	(3)	(4)
ses_low	1.22 (1.30)	0.54 (1.39)	0.90 (1.29)	0.64 (1.38)
STED_1_of_2_mean		0.41 (0.31)		0.17 (0.33)
groot_sted			1.01** (0.44)	0.91* (0.47)
Constant	5.78*** (0.54)	5.86*** (0.54)	5.83*** (0.54)	5.86*** (0.54)
Observations	162	162	162	162
R ²	0.01	0.02	0.04	0.04
Adjusted R ²	-0.001	0.004	0.03	0.02
Residual Std. Error	1.39 (df = 160)	1.38 (df = 159)	1.37 (df = 159)	1.37 (df = 158)
F Statistic	0.88 (df = 1; 160)	1.33 (df = 2; 159)	3.08** (df = 2; 159)	2.14* (df = 3; 158)

Note:

*p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

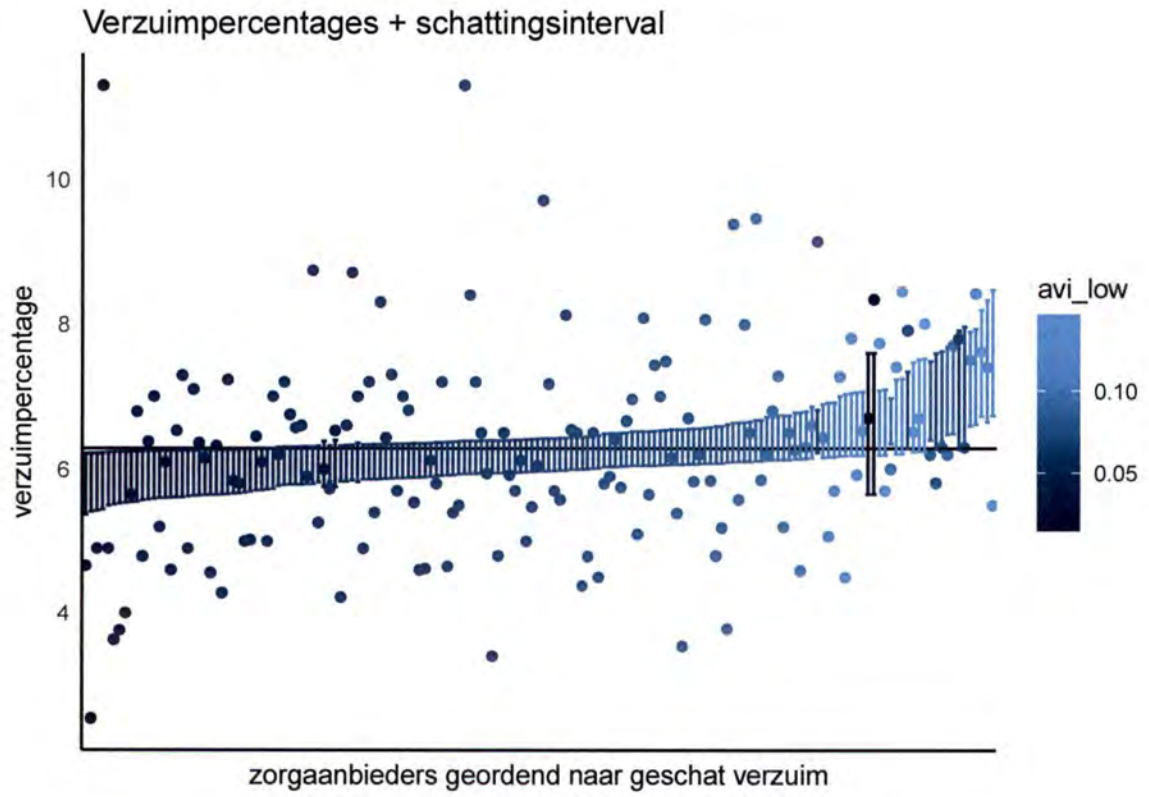


Extra: Analyse van de relatie tussen het verzuimpercentage en de grootte van de organisatie. We willen checken of de coëfficiënten bij omgevingsfactoren stabiel blijven bij het toevoegen van de grootte van de organisatie in de regressie. Ook in de univariate regressie (3) zien we geen relatie.

Table 16:

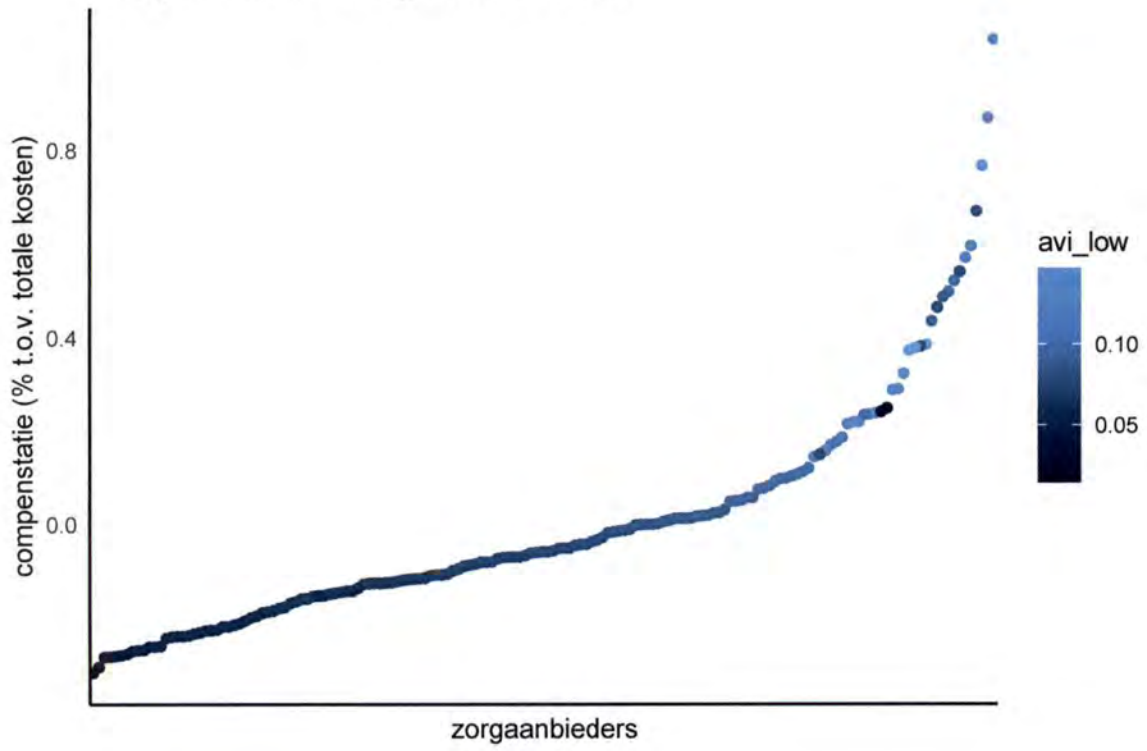
<i>Dependent variable:</i>			
verzuimpercentage			
	(1)	(2)	(3)
avi_low	9.37** (4.18)	8.85** (4.28)	
groot_sted	0.92** (0.43)	0.89** (0.44)	
werknemers		0.0001 (0.0001)	0.0001 (0.0001)
Constant	5.54*** (0.32)	5.51*** (0.32)	6.13*** (0.16)
Observations	162	162	162
R ²	0.06	0.07	0.01
Adjusted R ²	0.05	0.05	0.01
Residual Std. Error	1.35 (df = 159)	1.35 (df = 158)	1.38 (df = 160)
F Statistic	5.44*** (df = 2; 159)	3.72** (df = 3; 158)	1.88 (df = 1; 160)
<i>Note:</i>	*p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01		

Schattingsintervallen model



Compensatieberekening extra kosten verzuim

Compensatie kosten geschat verzuim



H4: Het aandeel inhuur personeel (PNIL) in de totale personeelskosten is hoger in (groot)stedelijke gebieden en/of lage ses wijken

De afhankelijke variabele is het aandeel van VOV_PNIL kosten ten opzichte van de totale personeelskosten.

Eerst voeren we regressies uit met stedelijkheid en grootstedelijkheid, en daarna nog met twee indicatoren lage ses. Bij grootstedelijkheid vinden we een significante positieve relatie, maar we vinden niet dat lage ses met hogere personeelskosten samenhangt.

Table 17:

	<i>Dependent variable:</i>		
	ratio_kosten_VOV_PNIL_en_kosten_totale_personeel		
	(1)	(2)	(3)
STED_1_of_2_mean	0.01 (0.01)		-0.003 (0.01)
groot_sted		0.03*** (0.01)	0.04*** (0.01)
Constant	0.03*** (0.005)	0.03*** (0.003)	0.03*** (0.005)
Observations	162	162	162
R ²	0.005	0.06	0.06
Adjusted R ²	-0.002	0.05	0.05
Residual Std. Error	0.04 (df = 160)	0.04 (df = 160)	0.04 (df = 159)
F Statistic	0.75 (df = 1; 160)	9.66*** (df = 1; 160)	4.86*** (df = 2; 159)

Note:

*p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

Daarna onderzoeken we relaties met *avi_low* en *ses_low*. De coefficient bij *avi_low* is insignificant en de coefficient bij *ses_low* in onderstaande regressie heeft een ‘verkeerd’ (onverwacht) teken. We hebben dus in ieder geval geen aanwijzing dat de PNIL-ratio hoger is in lage ses wijken. Deze conclusie wordt bevestigd ook in de analyse op locatieniveau, waarbij de coefficient zowel bij *ses_low* als *avi_low* insignificant blijkt. We zien ook geen theoretische reden voor een negatief verband tussen de PNIL-ratio en lage ses. Dit onverwacht element bij de regressieuitkomsten kan mogelijk ontstaan omdat de indicator *ses_low* grover is dan *avi_low* (de variabele *ses_low* correspondeert met 40% van de bevolking aan de lage kant van de inkomensverdeling), of door een hogere gevoeligheid van de PNIL-ratio voor aggregatie naar het concernniveau. Dit punt kan indien wenselijk verder worden onderzocht in een eventueel vervolgonderzoek.

Table 18:

	<i>Dependent variable:</i>			
	ratio_kosten_VOV_PNIL_en_kosten_totale_personeel			
	(1)	(2)	(3)	(4)
avi_low	-0.11 (0.11)	-0.17 (0.12)	-0.15 (0.11)	-0.16 (0.12)
STED_1_of_2_mean		0.01 (0.01)		0.002 (0.01)
groot_sted			0.04*** (0.01)	0.04*** (0.01)
Constant	0.04*** (0.01)	0.04*** (0.01)	0.04*** (0.01)	0.04*** (0.01)
Observations	162	162	162	162
R ²	0.01	0.02	0.07	0.07
Adjusted R ²	0.0001	0.01	0.06	0.05
Residual Std. Error	0.04 (df = 160)	0.04 (df = 159)	0.04 (df = 159)	0.04 (df = 158)
F Statistic	1.02 (df = 1; 160)	1.44 (df = 2; 159)	5.87*** (df = 2; 159)	3.90** (df = 3; 158)

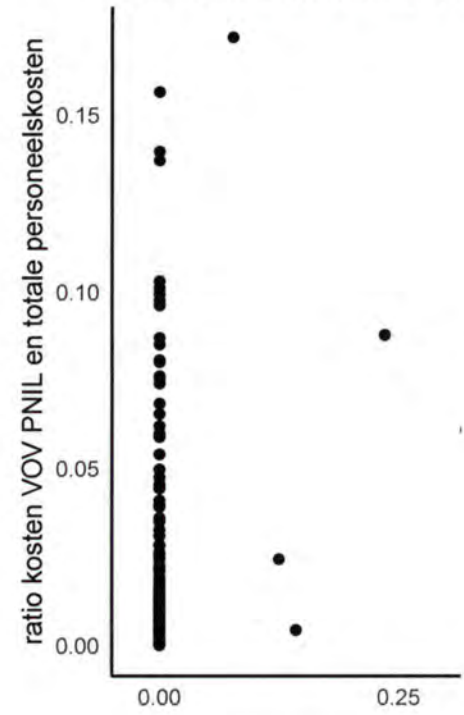
Note: *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

Table 19:

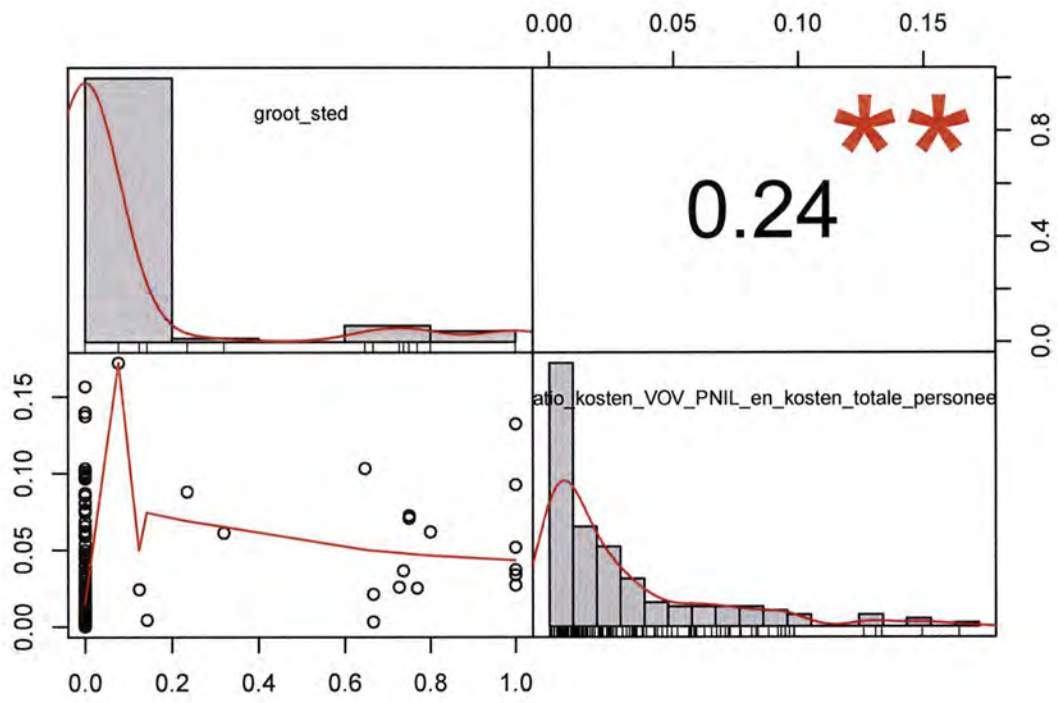
	<i>Dependent variable:</i>			
	ratio_kosten_VOV_PNIL_en_kosten_totale_personeel			
	(1)	(2)	(3)	(4)
ses_low	-0.06* (0.03)	-0.08** (0.04)	-0.07** (0.03)	-0.07** (0.04)
STED_1_of_2_mean		0.01 (0.01)		0.004 (0.01)
groot_sted			0.04*** (0.01)	0.04*** (0.01)
Constant	0.05*** (0.01)	0.05*** (0.01)	0.05*** (0.01)	0.05*** (0.01)
Observations	162	162	162	162
R ²	0.02	0.03	0.08	0.08
Adjusted R ²	0.01	0.02	0.07	0.07
Residual Std. Error	0.04 (df = 160)	0.04 (df = 159)	0.03 (df = 159)	0.03 (df = 158)
F Statistic	2.88* (df = 1; 160)	2.75* (df = 2; 159)	7.14*** (df = 2; 159)	4.80*** (df = 3; 158)

Note: *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

Illustratie samenhang gr



Onderstaande figuren bieden enkele illustraties van verbanden mbt het aandeel PNIL.



H5:De cliënttevredenheid is lager in (groot)stedelijke gebieden en/of lage ses wijken.

De eerste Onderstaande tabel laat een significante relatie zien met grootstedelijkheid. In de volgende tabellen voegen we nog de variabelen mbt lage ses toe. Daar blijken beide indicatoren SES insignificant, terwijl grootstedelijkheid blijft significant.

Table 20:

	<i>Dependent variable:</i>		
		CTscore	
	(1)	(2)	(3)
STED_1_of_2_mean	-0.18** (0.08)		-0.04 (0.08)
groot_sted		-0.59*** (0.11)	-0.57*** (0.12)
Constant	7.84*** (0.05)	7.80*** (0.03)	7.82*** (0.04)
Observations	160	160	160
R ²	0.04	0.16	0.16
Adjusted R ²	0.03	0.16	0.15
Residual Std. Error	0.36 (df = 158)	0.34 (df = 158)	0.34 (df = 157)
F Statistic	5.95** (df = 1; 158)	30.46*** (df = 1; 158)	15.29*** (df = 2; 157)

Note:

*p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

Table 21:

	<i>Dependent variable:</i>			
	CTscore			
	(1)	(2)	(3)	(4)
avi_low	-1.52 (1.13)	-0.57 (1.21)	-0.86 (1.05)	-0.77 (1.13)
STED_1_of_2_mean		-0.17** (0.08)		-0.02 (0.08)
groot_sted			-0.58*** (0.11)	-0.57*** (0.12)
Constant	7.86*** (0.09)	7.88*** (0.09)	7.86*** (0.08)	7.87*** (0.08)
Observations	160	160	160	160
R ²	0.01	0.04	0.17	0.17
Adjusted R ²	0.01	0.03	0.15	0.15
Residual Std. Error	0.37 (df = 158)	0.36 (df = 157)	0.34 (df = 157)	0.34 (df = 156)
F Statistic	1.82 (df = 1; 158)	3.07** (df = 2; 157)	15.54*** (df = 2; 157)	10.31*** (df = 3; 156)

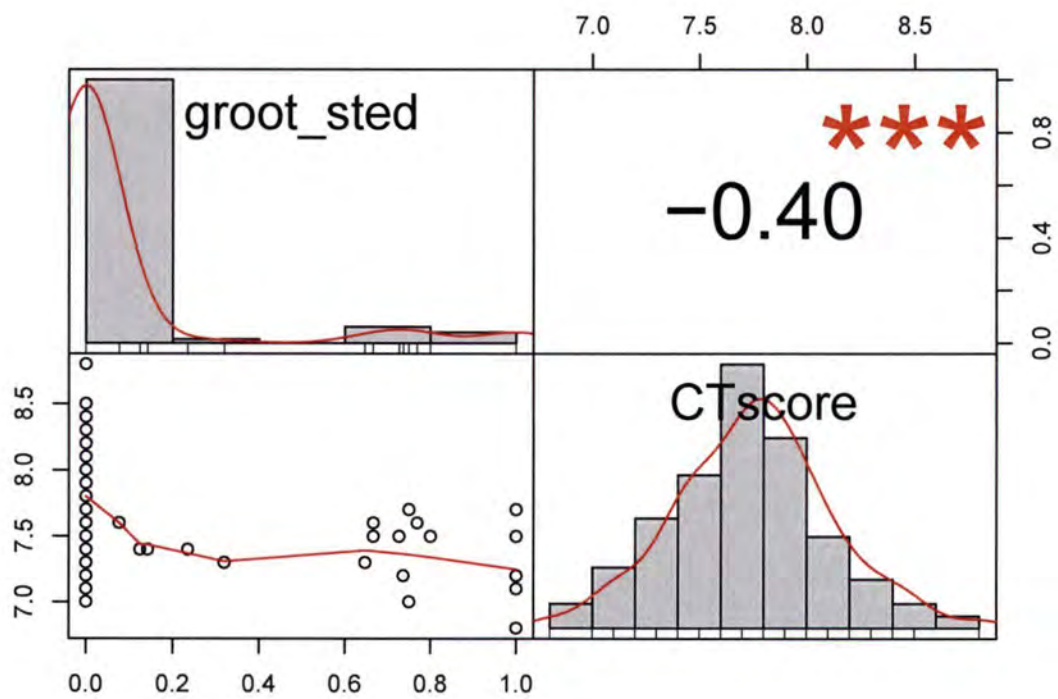
Note: *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

Table 22:

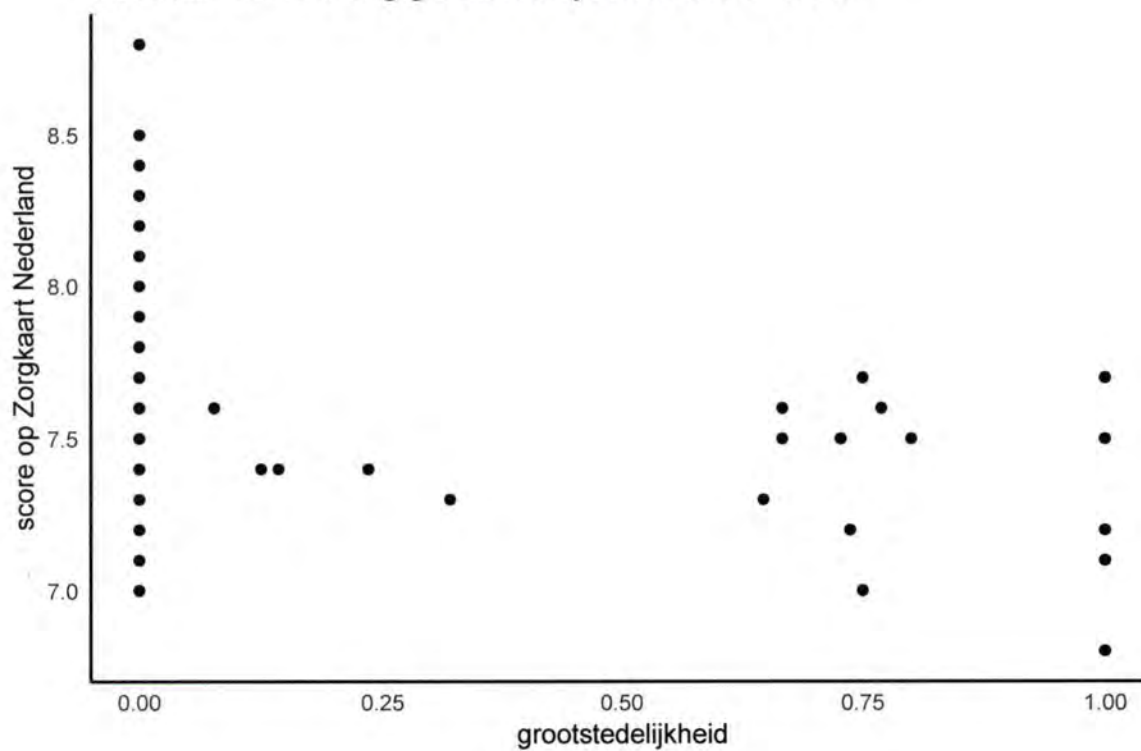
	<i>Dependent variable:</i>			
	CTscore			
	(1)	(2)	(3)	(4)
ses_low	-0.05 (0.35)	0.28 (0.36)	0.13 (0.32)	0.22 (0.34)
STED_1_of_2_mean		-0.21** (0.08)		-0.06 (0.08)
groot_sted			-0.60*** (0.11)	-0.57*** (0.12)
Constant	7.78*** (0.15)	7.74*** (0.14)	7.75*** (0.13)	7.74*** (0.13)
Observations	160	160	160	160
R ²	0.0002	0.04	0.16	0.17
Adjusted R ²	-0.01	0.03	0.15	0.15
Residual Std. Error	0.37 (df = 158)	0.36 (df = 157)	0.34 (df = 157)	0.34 (df = 156)
F Statistic	0.03 (df = 1; 158)	3.26** (df = 2; 157)	15.24*** (df = 2; 157)	10.29*** (df = 3; 156)

Note: *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

ten slotte bieden we enkele illustraties.



Illustratie samenhang grootstedelijkheid en CT-score



Deel 3: Extra hypothesen

In dit onderdeel onderzoeken we hypothesen 6A en 6a over mogelijke additionele effecten van (groot)stedelijkheid op de arbeidsmarkt. Deze hypothesen betreffen de relatie tussen (groot)stedelijkheid aan de ene kant en de deskundigheidsmix en salarissen van medewerkers aan de andere kant.

H6A: Het deskundigheidsniveau is lager in (groot)stedelijke gebieden

We stellen een dataset samen en maken een descriptieve analyse van deze dataset. We definiëren `aandel_VOV_laag` als aandeel met het deskundigheidsniveau 1-2; en `aandel_hoog` als aandeel met het deskundigheidsniveau 3-5.

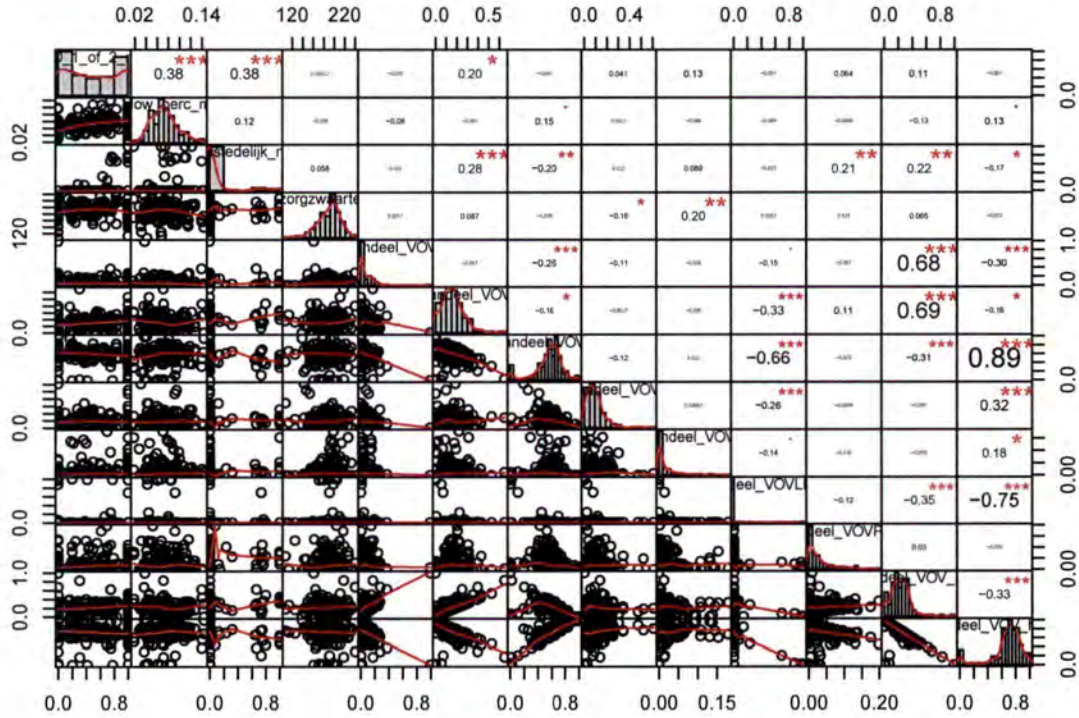
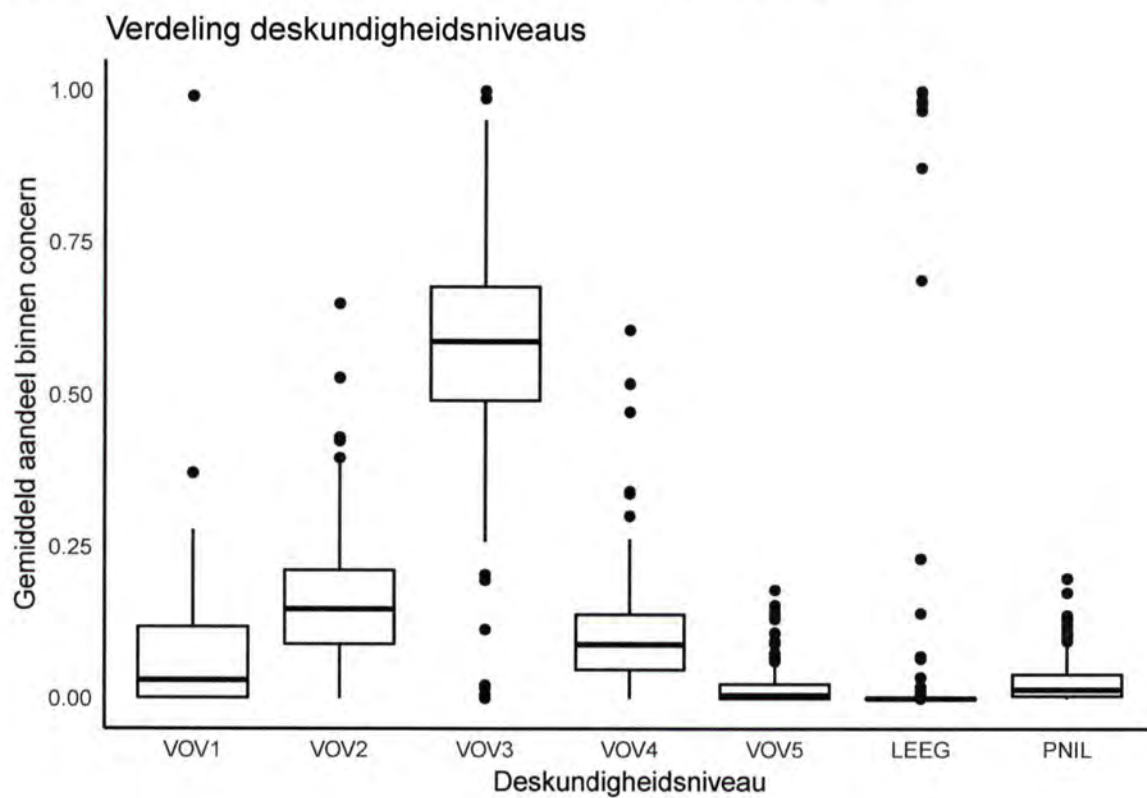
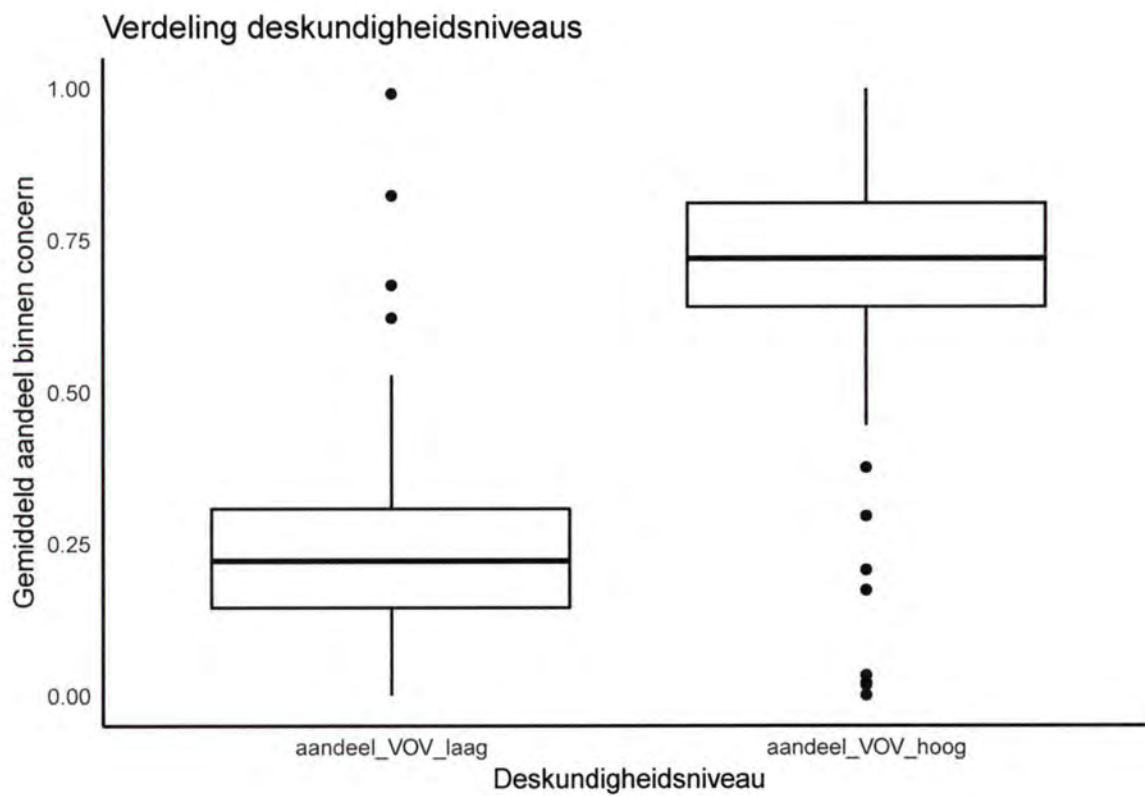


Table 23: Variabelen deskundigheid

Statistic	N	Mean	St. Dev.	Min	Pctl(25)	Pctl(75)	Max
STED_1_of_2_mean	162	0.49	0.38	0	0.2	0.9	1
Navilow_perc_mean	162	0.07	0.03	0.02	0.05	0.08	0.14
Grootstedelijk_mean	162	0.08	0.25	0	0	0	1
zorgzwaarte	162	187.86	22.92	106.32	175.34	202.39	239.83
aandel_VOV1	162	0.07	0.11	0.00	0.001	0.12	0.99
aandel_VOV2	162	0.16	0.11	0.00	0.09	0.21	0.65
aandel_VOV3	162	0.56	0.20	0.00	0.49	0.68	1.00
aandel_VOV4	162	0.11	0.09	0.00	0.05	0.14	0.61
aandel_VOV5	162	0.02	0.03	0	0	0.02	0
aandel_VOVLEEG	162	0.06	0.22	0	0	0	1
aandel_VOVPNIL	162	0.03	0.04	0	0.004	0.04	0
aandel_VOV_laag	162	0.23	0.15	0.00	0.14	0.31	0.99
aandel_VOV_hoog	162	0.69	0.21	0.00	0.64	0.81	1.00

Onderstaande figuren geven weer de verdeling van deskundigheidsniveau in de sector.





Onderstaande twee tabellen laten een significant verband zien met grootstedelijkheid. In de tweede tabel gebruiken we zorgzwaarte als controlevariabele.

Table 24:

	<i>Dependent variable:</i>		
	aandeel_VOV_hoog		
	(1)	(2)	(3)
Grootstedelijk_mean	-0.14** (0.07)		-0.17** (0.07)
STED_1_of_2_mean		-0.001 (0.04)	0.04 (0.05)
Constant	0.70*** (0.02)	0.69*** (0.03)	0.68*** (0.03)
Observations	162	162	162
R ²	0.03	0.0000	0.03
Adjusted R ²	0.02	-0.01	0.02
Residual Std. Error	0.21 (df = 160)	0.21 (df = 160)	0.21 (df = 159)
F Statistic	4.55** (df = 1; 160)	0.0002 (df = 1; 160)	2.66* (df = 2; 159)

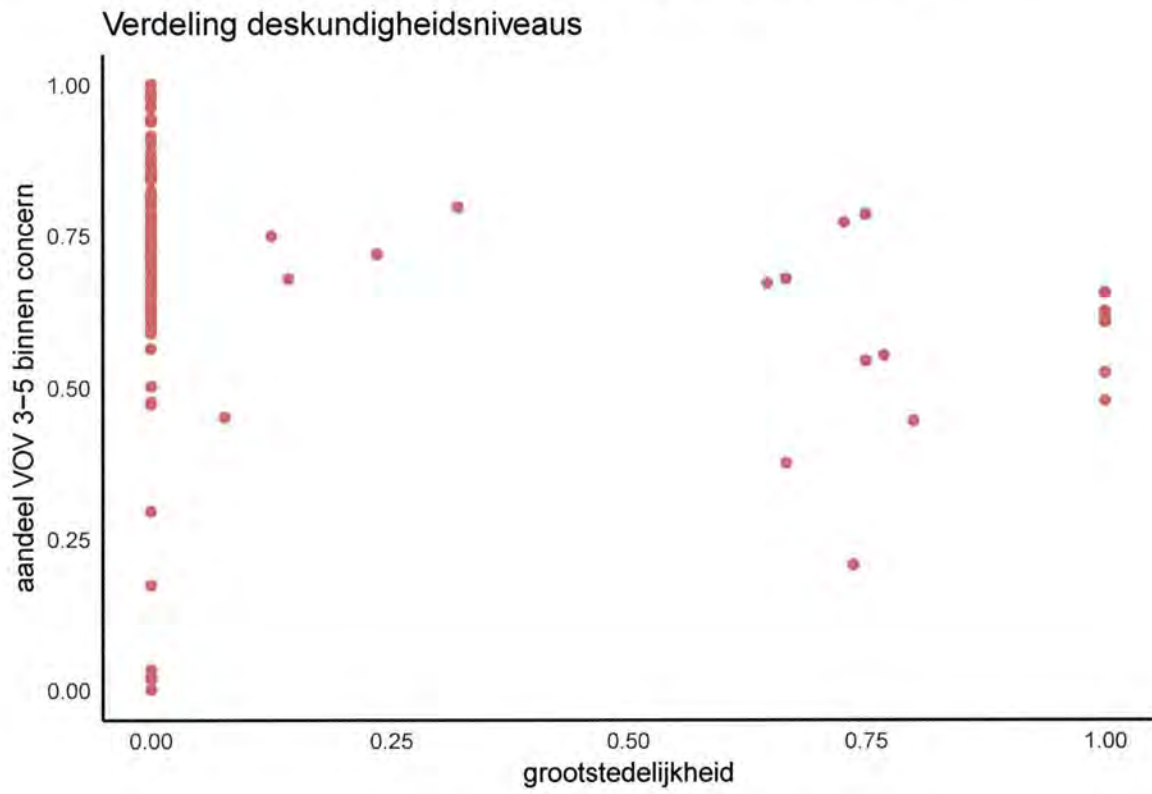
Note: *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

Table 25:

	<i>Dependent variable:</i>		
	aandeel_VOV_hoog		
	(1)	(2)	(3)
Grootstedelijk_mean	-0.14** (0.07)		-0.17** (0.07)
STED_1_of_2_mean		-0.001 (0.04)	0.04 (0.05)
zorgzwaarte	-0.0004 (0.001)	-0.0005 (0.001)	-0.0004 (0.001)
Constant	0.77*** (0.14)	0.78*** (0.14)	0.75*** (0.14)
Observations	162	162	162
R ²	0.03	0.003	0.03
Adjusted R ²	0.02	-0.01	0.02
Residual Std. Error	0.21 (df = 159)	0.22 (df = 159)	0.21 (df = 158)
F Statistic	2.41* (df = 2; 159)	0.21 (df = 2; 159)	1.85 (df = 3; 158)

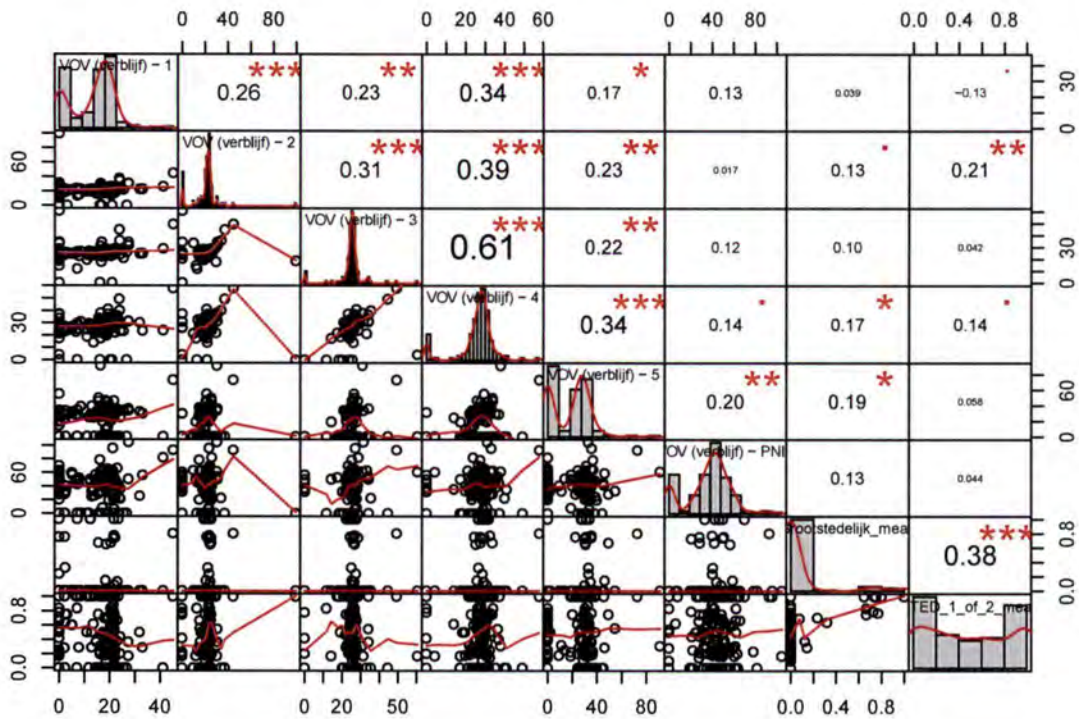
Note: *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

Onderstaande figuur illustreert de relatie tussen `aandeel_VOV_laag` en `grootstedelijkheid`.



H6B: Hoger uurtarief per deskudigheidsniveau in (groot)stedelijke gebieden

Eerst beschrijven we de dataset voor deze analyse.



Onderstaande drie tabellen geven weer resultaten van regressieanalyses: (i) univariate relaties met stedelijkheid, (ii) univariate relaties met grootstedelijkheid en (iii) multivariate relaties met beide variabelen tegelijkertijd.

Op basis van de huidige data vinden we geen (5%) significante relaties, behalve één multivariate regressie over VOV-1. Maar VOV-1 is in meeste organisaties een erg kleine groep: een kleine fluctuatie bij deze groep kan daarmee de uitkomst bij deze groep sterk beïnvloeden. Om meer inzicht te krijgen over de relatie tussen het uurtarief en de omgevingsfactoren zou meer onderzoek nodig zijn (bijv. op basis van toegespitste data).

- (i) Univariate relaties met stedelijkheid: op basis van de huidige dataset vinden we geen (5%) significant effect.

Table 26:

	<i>Dependent variable:</i>		
	'VOV (verblijf) - 1'	'VOV (verblijf) - 2'	'VOV (verblijf) - 3'
	(1)	(2)	(3)
Grootstedelijk_mean	3.77* (1.94)	1.56 (2.40)	1.19 (1.44)
Constant	20.63*** (0.46)	23.33*** (0.67)	26.08*** (0.38)
Observations	101	139	154
R ²	0.04	0.003	0.004
Adjusted R ²	0.03	-0.004	-0.002
Residual Std. Error	4.39 (df = 99)	7.44 (df = 137)	4.50 (df = 152)
F Statistic	3.77* (df = 1; 99)	0.43 (df = 1; 137)	0.68 (df = 1; 152)

Note: *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

Table 27:

	<i>Dependent variable:</i>		
	'VOV (verblijf) - 4'	'VOV (verblijf) - 5'	'VOV (verblijf) - PNIL'
	(1)	(2)	(3)
Grootstedelijk_mean	2.94* (1.61)	4.20 (3.41)	0.75 (4.63)
Constant	28.21*** (0.44)	31.68*** (1.02)	45.92*** (1.32)
Observations	148	100	135
R ²	0.02	0.02	0.0002
Adjusted R ²	0.02	0.01	-0.01
Residual Std. Error	5.01 (df = 146)	9.41 (df = 98)	14.35 (df = 133)
F Statistic	3.34* (df = 1; 146)	1.52 (df = 1; 98)	0.03 (df = 1; 133)

Note: *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

- (ii) Univariate relaties met stedelijkheid: op basis van de huidige dataset vinden we geen (5%) significant effect.

Table 28:

	<i>Dependent variable:</i>		
	'VOV (verblijf) - 1'	'VOV (verblijf) - 2'	'VOV (verblijf) - 3'
	(1)	(2)	(3)
STED_1_of_2_mean	-0.65 (1.22)	2.82* (1.67)	-1.02 (0.96)
Constant	21.20*** (0.71)	22.01*** (1.08)	26.70*** (0.60)
Observations	101	139	154
R ²	0.003	0.02	0.01
Adjusted R ²	-0.01	0.01	0.001
Residual Std. Error	4.47 (df = 99)	7.38 (df = 137)	4.49 (df = 152)
F Statistic	0.29 (df = 1; 99)	2.84* (df = 1; 137)	1.14 (df = 1; 152)

Note: *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

Table 29:

	<i>Dependent variable:</i>		
	'VOV (verblijf) - 4'	'VOV (verblijf) - 5'	'VOV (verblijf) - PNIL'
	(1)	(2)	(3)
STED_1_of_2_mean	1.17 (1.11)	0.07 (2.59)	1.87 (3.41)
Constant	27.89*** (0.70)	32.12*** (1.63)	45.07*** (2.09)
Observations	148	100	135
R ²	0.01	0.0000	0.002
Adjusted R ²	0.001	-0.01	-0.01
Residual Std. Error	5.04 (df = 146)	9.48 (df = 98)	14.33 (df = 133)
F Statistic	1.12 (df = 1; 146)	0.001 (df = 1; 98)	0.30 (df = 1; 133)

Note: *p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

- (iii) Multivariate regressies per deskundigheidsniveau: geen significante relaties behalve één coefficient bij VOV-1 (zie een toelichting hierboven).

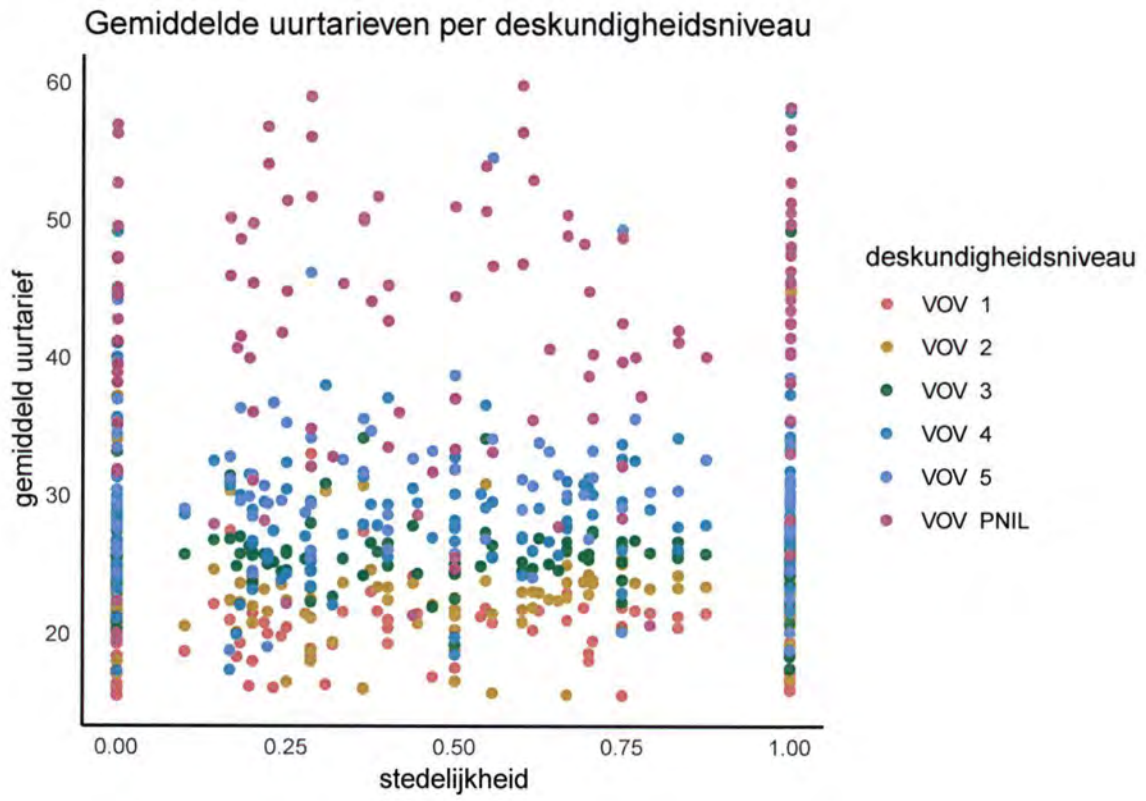
Table 30:

	<i>Dependent variable:</i>		
	'VOV (verblijf) - 1'	'VOV (verblijf) - 2'	'VOV (verblijf) - 3'
	(1)	(2)	(3)
Grootstedelijk_mean	4.93** (2.10)	-0.02 (2.60)	2.09 (1.55)
STED_1_of_2_mean	-1.84 (1.29)	2.83 (1.83)	-1.56 (1.03)
Constant	21.37*** (0.69)	22.01*** (1.09)	26.79*** (0.60)
Observations	101	139	154
R ²	0.06	0.02	0.02
Adjusted R ²	0.04	0.01	0.01
Residual Std. Error	4.37 (df = 98)	7.41 (df = 136)	4.48 (df = 151)
F Statistic	2.92* (df = 2; 98)	1.41 (df = 2; 136)	1.48 (df = 2; 151)
<i>Note:</i>	*p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01		

Table 31:

	<i>Dependent variable:</i>		
	'VOV (verblijf) - 4'	'VOV (verblijf) - 5'	'VOV (verblijf) - PNIL'
	(1)	(2)	(3)
Grootstedelijk_mean	2.68 (1.75)	5.22 (3.83)	-0.46 (5.18)
STED_1_of_2_mean	0.44 (1.20)	-1.71 (2.89)	2.02 (3.82)
Constant	28.01*** (0.70)	32.44*** (1.64)	45.04*** (2.13)
Observations	148	100	135
R ²	0.02	0.02	0.002
Adjusted R ²	0.01	-0.001	-0.01
Residual Std. Error	5.02 (df = 145)	9.44 (df = 97)	14.38 (df = 132)
F Statistic	1.73 (df = 2; 145)	0.93 (df = 2; 97)	0.15 (df = 2; 132)
<i>Note:</i>	*p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01		

Ten slotte illustreren de relatie met stedelijkheid door middel van een figuur.



Onderzoeksrapport naar omgevingsfactoren op de kosten van zorgaanbieders in de verpleeghuissector



maart 2019

Inhoud

Managementsamenvatting

- 1 Aanleiding, doel en scope
- 2 Onderzoeksopzet
- 3 Resultaten
- 4 Vertaling naar bekostiging
- 5 Ervaringen van deelnemers
- 6 Conclusie en vervolg
- 7 Referenties



Managementsamenvatting

Aanleiding

In hoeverre moet er bij de bekostiging van verpleeghuizen rekening gehouden worden met de omgeving waar zij gevestigd zijn? Maken verpleeghuizen in bepaalde regio's structureel extra kosten, die zij niet kunnen beïnvloeden? Bijvoorbeeld omdat zij gevestigd zijn in een dunbevolkt gebied of in een sociaaleconomisch zwakkere omgeving? Die vragen zijn aan de orde in de discussie over de toekomstige bekostiging van de verpleeghuiszorg. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft de NZa gevraagd te onderzoeken of er objectief vast te stellen structurele, niet-beïnvloedbare verschillen tussen zorgaanbieders zijn op basis waarvan tarieven en/of de regionale contracteerruimte gedifferentieerd zouden kunnen worden.

Doel

Wij hebben onderzocht of er op een objectieve manier structurele niet-beïnvloedbare kostenverschillen tussen aanbieders vast te stellen zijn.

Onderzoeksopzet

Om vast te kunnen stellen welke omgevingsfactoren relevant zijn om structurele, niet-beïnvloedbare kostenverschillen te kunnen verklaren, hebben we gekozen voor nauwe samenwerking met de sector. We zijn in dit onderzoek begonnen met de zeven zorgaanbieders die stellen dat het feit dat zij in stedelijke gebieden werken, invloed heeft op de kosten die zij maken. Voor het evenwicht in de discussie hebben we ook vier

aanbieders uit niet-stedelijke gebieden gevraagd deel te nemen. Als omgevingsfactoren hebben we naar aanleiding van deze discussies niet alleen (groot)stedelijkheid meegenomen, maar ook de sociaal economische status van de wijk.

Tijdens verschillende bijeenkomsten hebben de deelnemende aanbieders gezamenlijk hypothesen geformuleerd. Deelnemers gaven aan te verwachten dat omgevingsfactoren naast kosten ook andere zaken kunnen beïnvloeden. We hebben het onderzoek daarom breed ingestoken en ook gekeken naar bijvoorbeeld verzuimcijfers. Binnen de looptijd van het project hebben we een deel van de door de groep opgestelde hypothesen getest met data die we verzameld hebben in ons kostenonderzoek in de langdurige zorg. Dit is via multivariate lineaire regressies gedaan.

Resultaten

In de onderstaande tabel geven we weer welke hypothesen wel (JA) of niet (NEE) ondersteund worden door de data. Een 'X' geeft aan dat de relatie niet getoetst is (omdat de deelnemers geen verband verwachten of door beperkingen in de beschikbare informatie).



Tabel 1.

Resultaten onderzoek niet-beïnvloedbare verschillen

Hypothese	Stedelijkheid	Grootstedelijkheid	Sociaal economische status
H1: Totale kosten per (voor zorgwaarte gecorrigeerde) verpleegdag zijn hoger	NEE	NEE	NEE
H2:			
A) kapitaallasten per verpleegdag	NEE	NEE	X
B) materieelkosten per verpleegdag	NEE	NEE	X
C) personeelskosten per verpleegdag	NEE	NEE	NEE
H3: Hoger verzuim	NEE	JA	JA
H4: Hoger aandeel personeel niet in loondienst (PNIL)	NEE	JA	NEE
H4: Score op Zorgkaart Nederland lager	NEE	JA	NEE
H6:			
A) Lagere deskundigheidsmix	NEE	JA	X
B) Hoger uurtarief per deskundigheids-niveau	NEE	NEE	X
H7: Fte cliëntratio (VOV-personeel) lager	X	X	X

Opmerking: De mate van stedelijkheid heeft te maken met de adressendichtheid, terwijl de grootstedelijkheid heeft te maken met de locatie in grote steden Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en Den Haag.



We zijn tot de volgende bevindingen gekomen:

1. Wij hebben geen samenhang gevonden tussen (groot) stedelijkheid en de totale kosten die aanbieders maken per (voor zorgzwaarte gecorrigeerde) verpleegdag. We zien ook geen significante verschillen in deeltkosten: kapitaallasten, personeels- of materiële kosten. Deze resultaten liggen in lijn met de verwachting dat zorgaanbieders voor bewoners met dezelfde zorgzwaarte ongeveer gelijke inkomsten ontvangen, en dat zij uit oogpunt van duurzame bedrijfsvoering de kosten in balans houden met de opbrengsten.
2. Er is wel een kleine maar significante samenhang tussen de omgevingsfactoren en andere kenmerken:
 - grootstedelijkheid en sociaaleconomische status van de wijken hangen samen met verzuim;
 - grootstedelijkheid hangt samen met het aandeel Personeel Niet in Loondienst (PNIL), de score op zorgkaart Nederland en deskundigheidsmix.Deze bevindingen zijn in lijn met indicaties uit eerder onderzoek door ActiZ.
3. Grootstedelijkheid en sociaal economische status verklaren een relatief klein deel van de variatie in deze onderzochte variabelen, wat aangeeft dat naast de onderzochte omgevingsfactoren ook andere factoren belangrijk zijn in het verklaren van de variatie.

Vertaling naar bekostiging

Het uitwerken van concrete opties voor de bekostiging valt buiten de scope van dit onderzoek. We schetsen hier alleen technische mogelijkheden om de resultaten naar de bekostiging te vertalen. Het voorspelbare effect van de omgevingsfactoren grootstedelijkheid en sociaal economische status kan op aanbieder niveau worden gecompenseerd.

- Bijvoorbeeld door voor iedere aanbieder het verwachte verzuimpercentage te berekenen aan de hand van deze omgevingsfactoren. Vervolgens kan bij aanbieders met een hoger voorspeld verzuim dan landelijk gemiddeld het verschil tegen personeelskosten gecompenseerd worden.
- Omdat grootstedelijkheid en sociaal economische status een relatief klein deel van het verzuim verklaren, is deze compensatie beperkt. Op basis van de gebruikte dataset is de maximale compensatie 1 % van tarief.
- Compensatie op meerdere factoren (bijvoorbeeld zowel voorspeld PNIL en voorspeld verzuim tegelijk) zal waarschijnlijk voor overcompensatie zorgen (hoger aandeel PNIL kan namelijk goed het gevolg van verzuim kan zijn). Om het effect van meerdere factoren gelijktijdig te onderzoeken is het belangrijk om naar de integrale effecten op zorgaanbieders te kijken. Hiervoor is meer onderzoek nodig met toegespitste data die meerdere jaren omvatten.

Ervaringen van aanbieders

We hebben de deelnemers gevraagd wat zij vonden van deze onderzoeksopzet. Zij gaven aan dat zij het proces als positief en leerzaam hebben ervaren en ze onderschrijven dat dit proces kan bijdragen aan een eerlijker bekostiging. De voordelen en de belasting van deelname aan dit onderzoek noemden zij zeer goed in balans. Als verbeterpunt geven de deelnemers aan dat de samenstelling van de groep verbeterd kan worden door meer niet-stedelijke aanbieders te betrekken. We hebben de deelnemers tijdens het onderzoek verschillende keren via individuele rapporten een terugkoppeling gegeven van de verzamelde data, waarbij de resultaten van de individuele deelnemers werden afgezet tegen de landelijke cijfers. De deelnemers gaven aan veel potentie te zien in deze manier van terugkoppelen.



Vervolg

Voor de analyses hebben data gebruikt uit het kostenonderzoek langdurige zorg, CBS en Zorgkaart Nederland. De combinatie van de onderzoeksopzet en de beschikbare data bepaalden de scope van het onderzoek. Zo konden we met deze data nog geen meerjarige analyses doen of alle kenmerken op locatieniveau meten. De bevindingen sluiten echter grotendeels aan bij het beeld van de deelnemers en bij resultaten van ander onderzoek.

Het voortzetten van dit onderzoek met meer toegespitste en meerjarige data geven steeds verder inzicht in de effecten van omgevingsfactoren. Wij pleiten daarom voor voortzetting van dit onderzoek.



1 Aanleiding, doel en scope



1 Aanleiding, doel en scope

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft de NZa gevraagd te onderzoeken of er in de verpleeghuissector objectief vast te stellen, structurele, niet beïnvloedbare verschillen tussen zorgaanbieders zijn op basis waarvan tarieven en/of de regionale contracteerruimte gedifferentieerd zou kunnen worden.

Deze adviesaanvraag volgt op een oproep van bestuurders vanuit ConForte¹, waarbij zij aandacht gevraagd hebben voor de stellingname dat (groot)stedelijke zorgaanbieders meer kosten maken dan niet (groot)stedelijke zorgaanbieders. Zij geven aan dat de hogere kosten volgen uit de kenmerken die samenhangen met een stedelijke omgeving, zoals hoger verzuim in de regio en hogere grondprijzen.

Het doel van dit onderzoek is om te onderzoeken of er in de verpleeghuissector op een objectieve manier structurele niet-beïnvloedbare kostenverschillen tussen aanbieders vast te stellen zijn.

Leeswijzer

Hierna volgt eerst een toelichting op het proces en de data. In [hoofdstuk 3](#) geven we per hypothese de resultaten tekstueel en grafisch weer. [Hoofdstuk 4](#) geeft een technische mogelijkheid voor vertaling naar bekostiging en [hoofdstuk 5](#) een overzicht van de ervaringen van deelnemers. Om de leesbaarheid van het rapport te borgen hebben we de beschrijvende statistiek en regressieresultaten buiten het rapport gelaten en opgenomen in een aparte bijlage 1. In bijlage 2 is een kwalitatieve verkenning van de invloed van omgevingsfactoren op bouwkosten van zorgaanbieders opgenomen.



¹ ConForte is de brancheorganisatie van zorgondernemers op het terrein van verpleging, thuiszorg en ggz in de regio Rotterdam.



2. Onderzoeksopzet

2.1 Proces

2.2 Onderzoeksmodel

2.3 Data

2.4 Indicatoren



2 Onderzoeksopzet

2.1 Proces

Het op een structurele manier identificeren van relevante niet-beïnvloedbare verschillen vraagt om een dynamisch interactief proces met de sector. We zijn in dit onderzoek daarom begonnen met de zeven stedelijke zorgaanbieders die de invloed van (groot)stedelijkheid onder de aandacht hebben gebracht. Om de discussie te balanceren hebben we ook vier niet-stedelijke aanbieders gevraagd deel te nemen. ActiZ heeft als toehoorder deelgenomen aan de overleggen.

Tijdens vijf bijeenkomsten heeft deze groep samen hypothesen geformuleerd op het brede vlak van niet-beïnvloedbare verschillen. Naast (groot)stedelijkheid brachten de aanbieders ook de sociale-economische status onder onze aandacht. Binnen de looptijd van het project konden we een deel van de hypothesen testen op de data uit het kostenonderzoek Wlz. We hebben hiervoor zowel analyses op concern als op locatieniveau uitgevoerd (zie [paragraaf 2.3](#) voor uitleg over het verschil tussen concern- en locatieniveau).

De (concept)resultaten hebben we aan de groep voorgelegd en bediscussieerd. Op basis van deze reacties hebben we soms aanvullende hypothesen opgesteld en aanvullende analyses gedaan. De reacties hebben we ook verwerkt in de duiding van de resultaten in [hoofdstuk 3](#).

Na afloop van de vijfde bijeenkomst hebben we een procesevaluatie gehouden. De resultaten van deze evaluatie beschrijven we in [hoofdstuk 5](#). Na afloop hebben wij alle deelnemers de mogelijkheid gegeven om nog opmerkingen of

antwoorden in te sturen. Ook hebben zij het concept rapport ontvangen. Hier is geen aanvulling uit voortgekomen.

Individuele rapporten

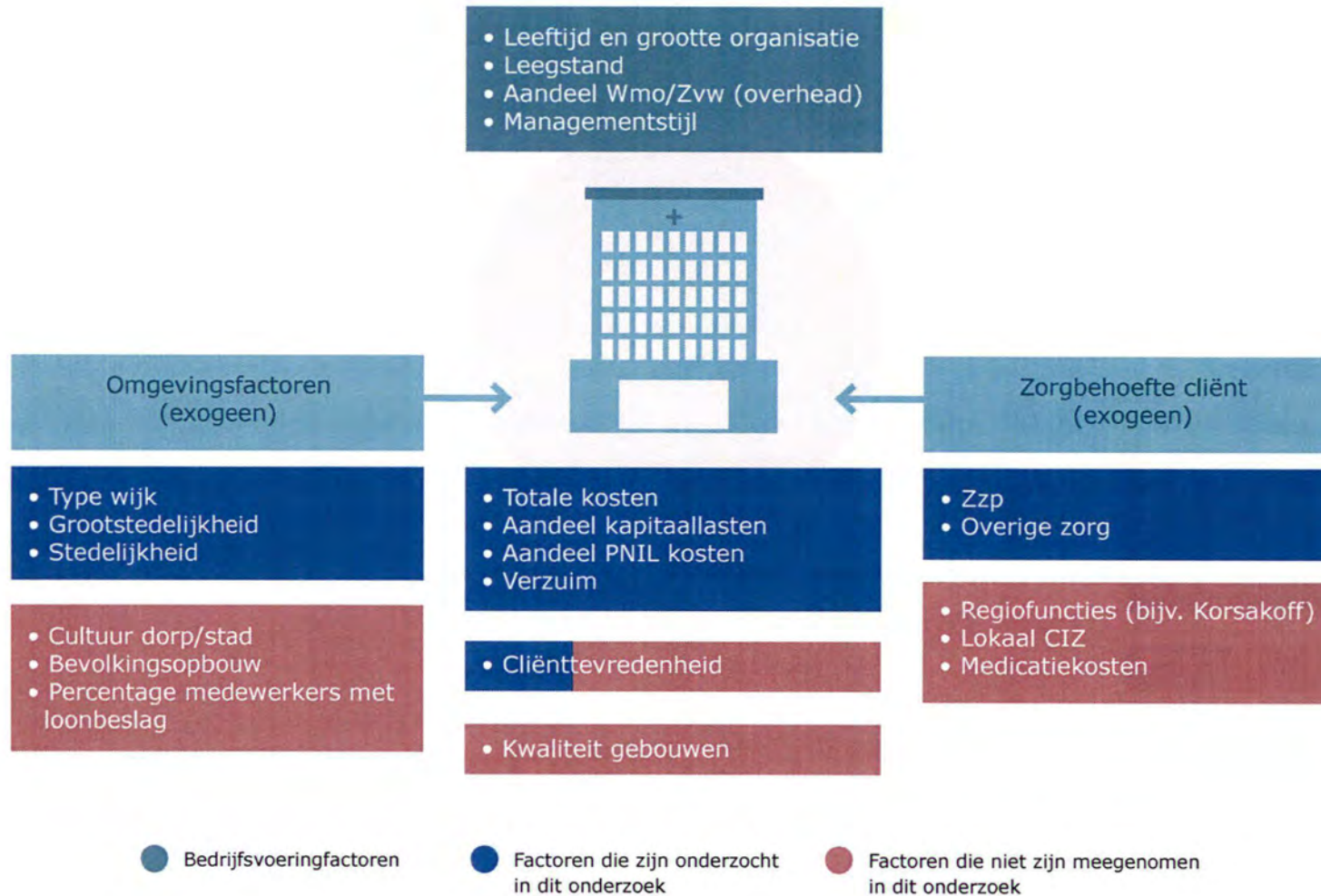
We hebben de deelnemers na afloop van iedere bijeenkomst een individueel rapport toegestuurd waarin zij de informatie van hun eigen organisatie afgezet zagen tegen de landelijke informatie. Op deze manier hebben we de herkenbaarheid van de analyses en de gebruikte data en indicatoren willen verhogen. Deelnemers konden bijvoorbeeld controleren of de sociaal economische status van hun individuele locaties overeen kwam met hun beeld van de wijk van die specifieke locatie.

2.2 Onderzoeksmodel

In figuur 1 staat het onderzoeksmodel schematisch weergegeven. Onder de twee lichtgroene blokken staan de exogene (niet-beïnvloedbare) factoren (Omgevingsfactoren en Zorgbehoefte cliënt) waarvan de groep aangaf dat deze kosten en kenmerken van een zorgaanbieder bepalen. Deze kosten en kenmerken zijn weergegeven onder de zorgaanbieder. De factoren die we in dit onderzoek meenemen, zijn in blauwe blokken opgenomen. De rode factoren hebben we in dit onderzoek niet kunnen onderzoeken. Clienttevredenheid is in twee kleuren getoond omdat we geen indicator kennen die de volledige lading van cliënttevredenheid dekt. In het donkergroene blok zijn bedrijfsvoeringfactoren weergegeven. Deze liggen binnen de invloedssfeer van de zorgaanbieder en zijn daarom geen exogene (niet-beïnvloedbare) factor. De specifieke redenatie achter de relaties beschrijven we bij de hypothesen in [hoofdstuk 3](#).



Figuur 1. Onderzoeksmodel



Analysemethode

We gebruiken voor het toetsen van de hypothesen een lineaire multivariate schatter, de kleinste kwadraten methode ("Ordinary Least Squares" ofwel OLS). Voor het bepalen van significantie houden we een p-waarde van < 0.05 aan. De beschrijvende statistiek en regressieresultaten zijn opgenomen in een aparte bijlage I. We hebben de resultaten geduid op basis van inzichten van de deelnemers en literatuur.

2.3 Data

We toetsen de hypothesen met de data uit het kostenonderzoek Wlz. Dit onderzoek heeft de NZa gebruikt om de tarieven in de langdurige zorg te herijken. Zorgaanbieders in heel Nederland hebben hiervoor de gedetailleerde kosten- en productiegegevens aangeleverd via een excel-template. Daarnaast bevatten deze templates enkele aanvullende kenmerken zoals verzuimpercentage. Een deel van de aangeleverde templates zijn uitgesloten van de tariefbepaling. Alleen de templates die gebruikt zijn bij het bepalen van de tarieven vormen de basis voor dit onderzoek. Dit waren er 382. Zie voor meer informatie over de achtergrond, inhoud en resultaten van dit onderzoek het rapport [Kostenonderzoek langdurige zorg, 2018](#) (KPMG).

De templates geven geen informatie over de omgeving van een zorgaanbieder. Om deze te bepalen hebben we informatie van Zorgkaart Nederland en het CBS gebruikt. Van Zorgkaart Nederland hebben we alle instellingen met bijbehorende locaties en postcode informatie met het label Verpleeghuis en verzorgingshuis of Particulier woonzorgcentrum ontvangen. Deze dataset bevatte ook cliëntwaarderingen. In de paragraaf indicatoren staat verdere informatie over de data van Zorgkaart Nederland en CBS.

Literatuur

Aan de start van dit onderzoek heeft de NZa een kort literatuuronderzoek gedaan naar de relatie tussen stedelijkheid en kosten van organisaties. Uit wetenschappelijke literatuur bleek dat er geen eenduidige relatie is tussen de mate van stedelijkheid van ondernemingen en de kosten die zij maken. Het blijkt dat stedelijkheid zowel voor-als nadelen heeft (CPB, 2015; De Groot, Marlet, Teulings en Vermeulen, 2010; Francke, Harleman & Kosterman, 2016; Glaeser, 2010).

Uit ander (niet-wetenschappelijk) Nederlands onderzoek komt naar voren dat (groot)stedelijkheid samenhangt met onder andere hoger verzuim, hogere personeelskosten en hogere kapitaallasten (Actiz, 2014; Hendriks, de Wit & van Bergen, 2016). Deze rapporten hebben echter een duidelijke focus op nadelen van de stedelijkheid in de zorg, en onderzoek naar voordelen is beperkt. Daarnaast is het onderzoek niet altijd onafhankelijk gedaan, of niet specifiek op de zorg gericht. Uit dit onderzoek volgt de conclusie dat de huidige literatuurbasis niet voldoende is voor aanpassingen in de bekostiging, maar wel aanleiding geeft om verder onderzoek te doen.



Data op concernniveau

Alle analyses in dit rapport zijn uitgevoerd met gegevens op concernniveau. De data uit het kostenonderzoek zijn op concernniveau aangeleverd. Een zorgaanbieder met meerdere locaties heeft daardoor maar 1 template aangeleverd. In dit template zit een optelling van de informatie.

Omdat het onderzoek zich richt op de verpleeghuiszorg hebben we alleen de templates geselecteerd die het label Verpleeghuis en verzorgingshuis of het label Particulier woonzorgcentrum op Zorgkaart Nederland hadden. Van de 382 templates hebben we daarmee 190 templates geïdentificeerd die verpleeghuiszorg leverden. Uit deze set hebben we de templates zonder kapitaallasten, VOV-personeel of templates waarvan we geen stedelijkheid konden bepalen uitgesloten. De gebruikte set bevat 163 templates (concerns), gekoppeld aan 1216 locaties.

Voor deze concerns hebben we de kosten geselecteerd die toegewezen zijn aan de verpleeg- en verzorgingshuisdagen (ZZP 1 t/m 10 – exclusief revalidatiezorg ZZP 9b). De gebruikte set bevat 5,5 miljard aan kosten voor 28 miljoen VV verblijfsproducten.

Data op locatieniveau

Naast deze data op concernniveau hebben de betrokken zorgaanbieders extra data aangeleverd. Door de kostenplaatsen uit de templates te koppelen aan individuele locaties konden we voor de deelnemers de personeelskosten en productie op locatieniveau bepalen. Samen hadden zij 168 locaties met 487 miljoen personeelskosten. Met deze informatie konden we een deel van de hypothesen (namelijk: Hypothesen 2c, 3, 4 en 5) ook op locatieniveau toetsen en op locatieniveau informatie aan

de deelnemers terugkoppelen. Deze data zijn alleen ter ondersteuning gebruikt, de conclusies zijn op basis van concerndata getrokken.

2.4 Indicatoren

Stedelijkheid

Om de stedelijkheid van een concern te bepalen gebruiken we de stedelijkheidsgraad zoals die gedefinieerd is door het CBS. Dit is een categorische variabele die een waarde tussen de 1 en 5 aanneemt. Een waarde 1 betekent dat het een zeer stedelijk gebied is (> 2.500 adressen per km²), waarde 5 staat voor een niet stedelijk gebied (<500 adressen per km²). In dit onderzoek is gebied gedefinieerd als 4-cijferig postcode gebied waar de locatie gevestigd is. Voor een concern bepalen we de mate van stedelijkheid door het aandeel van de locaties in zeer stedelijk (1) of stedelijk (2) gebied ten opzichte van het totaal aantal locaties te bepalen. De stedelijkheid van een concern is daarmee een indicator die loopt van 0 (geen enkele locatie in (zeer) stedelijk gebied) tot 1 (alle locaties in (zeer) stedelijk gebied).

Grootstedelijkheid

De 4-cijferige postcodes die volgens www.postcode-adresboek.nl binnen de steden Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en Den Haag vallen zijn gedefinieerd als grootstedelijk gebied. Iedere locatie heeft daardoor een dummy variabele grootstedelijkheid. De grootstedelijkheid van een concern is een ongewogen gemiddelde van de grootstedelijkheid van zijn individuele locaties. De indicator loopt daarmee van 0 (geen enkele locatie in grootstedelijk gebied) tot 1 (alle locaties in grootstedelijk gebied).



Sociaaleconomische status

De sociaaleconomische status wordt traditioneel via indicatoren inkomen, opleiding en beroep bepaald. Voor dit onderzoek bepalen we de sociaaleconomische status van de omgeving van de zorgaanbieder op basis van data (op postcodeniveau) uit de risicoverevening. Dit doen we aan de hand van 2 indicatoren: aard van het inkomen (AVI) en hoogte van het inkomen. Aard van het inkomen geeft aan welk deel van de bevolking in het postcodegebied van een locatie valt in AVI 3 t/m 14 (arbeidsongeschikt of bijstand). Hoogte van het inkomen geeft aan welk percentage van de bevolking in het postcodegebied van een locatie een inkomen heeft binnen de landelijk laagste 40% van inkomens. Zie voor beschrijving van de indicatoren: Verantwoording Verzekerdenraming 2016. De indicatoren worden per concern bepaald door een ongewogen gemiddelde van de indicator van de individuele locaties te berekenen. Beide indicatoren lopen daarmee (theoretisch) van 0 tot 100%.

Kosten

De toegewezen kosten zijn in het kostenonderzoek ingedeeld in kapitaallasten, personele kosten en materiele kosten. Zie voor de definitie van de bijbehorende kostenposten de gebruikersinstructie van KPMG, p16 t/m 18 (2017).

VOV-personeel

Bij een deel van de analyses gebruiken we een variabelen over de kosten van VOV-personeel. Dit zijn de personeelskosten die toegekend zijn aan de functiecategorie: VOV(verblijf). De formatie is door de zorgorganisaties voor het kostenonderzoek zelf ingedeeld in een functiecategorie. De invulinstructie gaf hierbij de volgende omschrijving: "Verzorgend, opvoedkundig en verplegend personeel. Functies primair proces verplegend, sociaal agogisch en verzorgend (alle kwalificaties) en functies begeleidend, zoals

woonbegeleider, begeleider vrijetijdsbesteding etc. Dit personeel alleen meenemen in deze categorie, voor zover zij activiteiten verrichten ten behoeve van cliënten die verblijfszorg ontvangen" (gebruikersinstructie KPMG, 2017). Deze indeling is voor zowel de vaste formatie, als het personeel niet in loondienst gemaakt.

Deskundigheidsniveau

Voor het kostenonderzoek zijn zorgaanbieders gevraagd de deskundigheid als volgt in te vullen voor het VOV personeel in loondienst (gebruikersinstructie KPMG p35 en 36, 2017).

- 1 Zorghulp (Mbo)
- 2 Helpende Zorg (Mbo)
- 3 Verzorgende IG/Verzorgende (Mbo)
- 4 Basisverpleegkundige (Mbo)
- 5 Regie –verpleegkundige (Hbo)

Cliënttevredenheid

We hebben geen indicator die de volledige lading van cliënttevredenheid dekt. Deze beperking onderkend hebben we de indicator gebaseerd op de score op Zorgkaart Nederland. Deze score geeft een mate van *ervaren kwaliteit* van gebruikers aan. Bezoekers kunnen op deze website zorginstellingen beoordelen met een cijfer (1-10). We gebruiken de ongewogen gemiddelde score van individuele locaties om een indicator op concernniveau te construeren.

Zorgzwaarte

Voor een deel van de hypothesen hebben we de verpleegdagen gecorrigeerd voor zorgzwaarte. Hierdoor tellen verpleegdagen bij een hogere zorgvraag zwaarder mee dan verpleegdagen bij een lage zorgvraag. Dit hebben we gedaan door de verpleegdagen te wegen tegen de landelijk gemiddelde kostprijs van het bijbehorende zzp zoals vastgesteld in het kostenonderzoek langdurige zorg 2018.



3. Resultaten

3.1 Analyses op kosten

3.2 Analyses op verzuim, aandeel PNIL en cliënttevredenheid

3.3 Analyses op deskundigheidsniveau en fte-cliënratio

3.4 Samenvatting bevindingen



3 Resultaten

In dit hoofdstuk beschrijven we de hypothesen en de bevindingen in drie delen. In paragraaf 3.1 onderzoeken we samenhang tussen omgevingsfactoren en kosten. In paragraaf 3.2 onderzoeken we samenhang tussen omgevingsfactoren en andere kenmerken zoals verzuim. In aanvulling deze analyses hebben deelnemers bij een tussentijds bestuurlijk overleg gevraagd te kijken naar het deskundigheidsniveau en de fte-cliëntratio. In paragraaf 3.3 komen deze aan de orde.

3.1 Analyses op kosten

Hypothese 1: Totale kosten per (voor zorgzwaarte gecorrigeerde) verpleegdag zijn hoger in (groot) stedelijke gebieden en/of lage ses wijken.

We testen deze hypothese op grootstedelijkheid, stedelijkheid en lage ses indicatoren, en combinaties van deze variabelen. Geen van de testen geeft significante uitkomsten. We vinden geen aanwijzingen voor structurele verschillen. Deelnemers herkenden deze bevinding en duiden deze bevinding als volgt.

Zorgaanbieders in de verpleeghuissector ontvangen een bedrag per geleverde verpleegdag in de vorm van een zorgzwaartepakket (zzp). De NZa stelt landelijke maximumtarieven voor deze zzp's en zorgkantoren maken met zorgaanbieders afspraken binnen deze maximumtarieven. Dit betekent dat ongeacht in welke regio de zorg geleverd wordt, de maximale tarieven hetzelfde zijn voor elke zorgaanbieder. Wanneer zorgkantoren niet structureel aparte afspraken maken met zorgaanbieders in (groot)stedelijke gebieden, is het

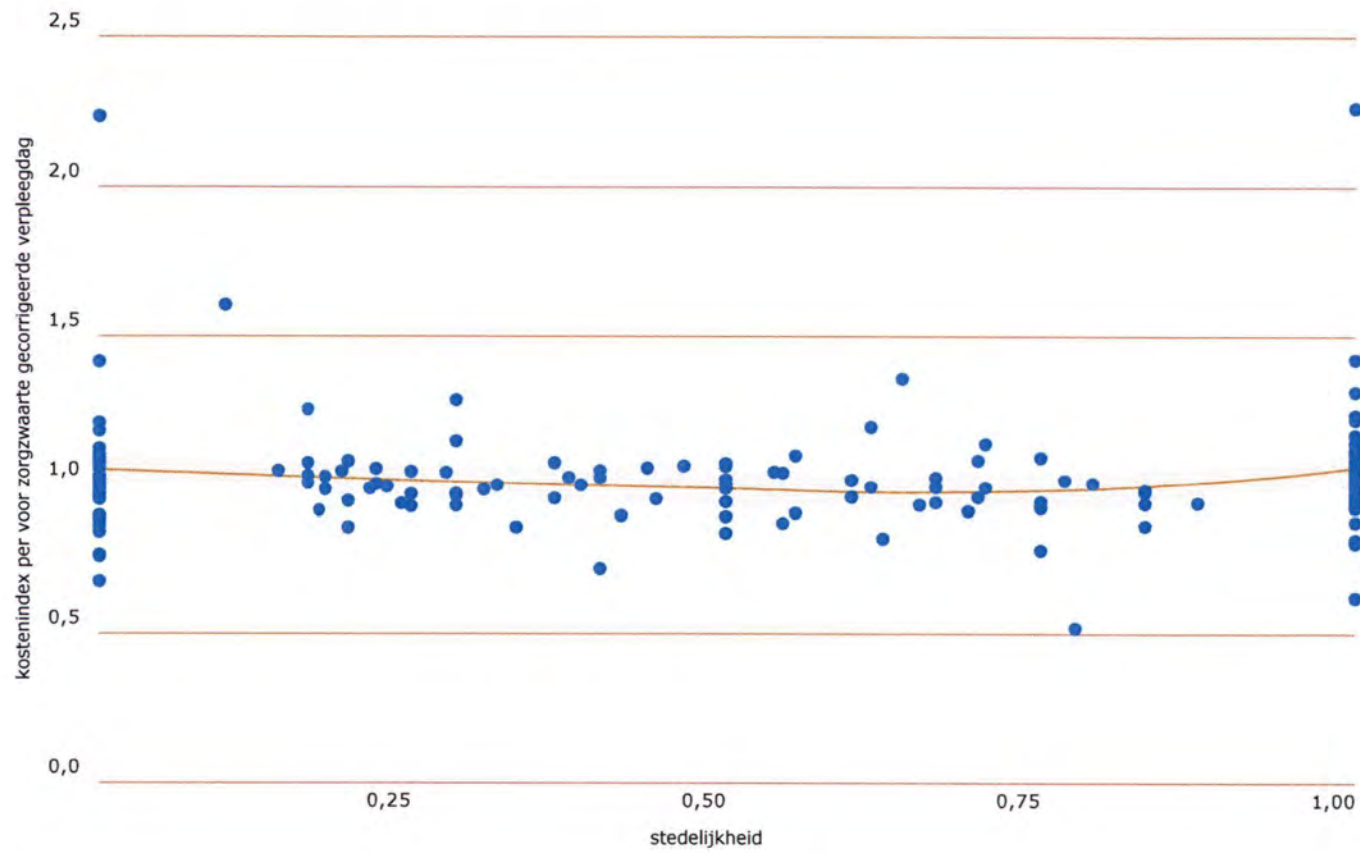
aannemelijk dat de totale opbrengsten per verpleegdag vergelijkbaar zullen zijn in stedelijke- en niet-stedelijke gebieden. In het borgen van een duurzame bedrijfsvoering geven zorgaanbieders aan de kosten in balans te houden met de opbrengsten.

Figuur 2 illustreert de afwezigheid van samenhang tussen stedelijkheid (x-as) en de kosten per voor zorgzwaarte gecorrigeerde verpleegdag (y-as).

De totale kosten kunnen worden verdeeld in kapitaal-, personeel- en materiële kosten. We verwachten communicerende vaten in deze deelkosten. Het is bijvoorbeeld waarschijnlijk dat zorgaanbieders hogere kapitaallasten compenseren in de personeelskosten. De deelnemers hebben de deelkosten hypothesen geformuleerd. De bijbehorende deelhypothesen worden hieronder uitgewerkt.



Figuur 2. Samenhang stedelijkheid en totale kosten

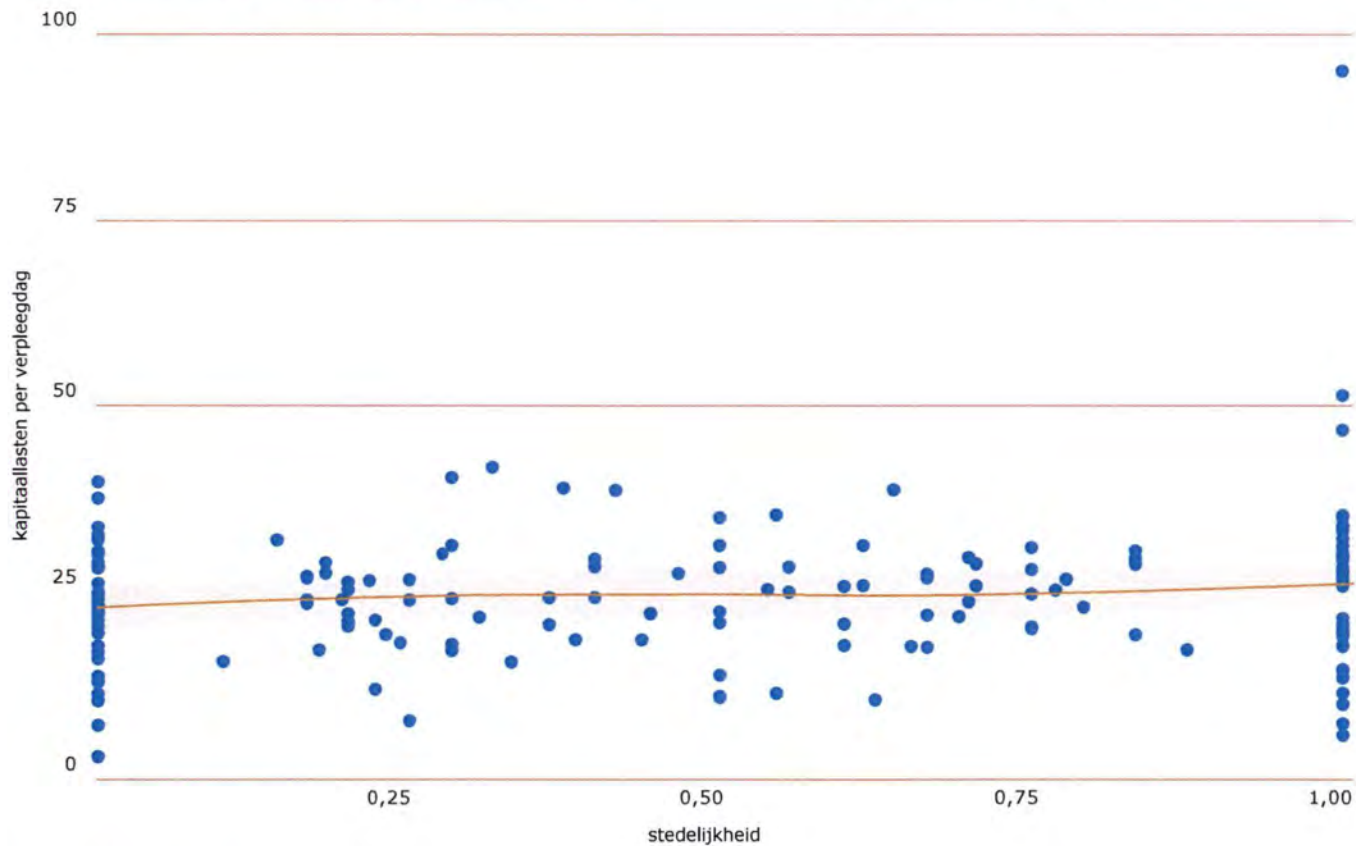


Hypothese 2 over de drie deelkosten

Hypothese 2a: De kapitaallasten per verpleegdag zijn hoger in (groot)stedelijke gebieden.

Aanbieders die in (groot)stedelijk gebied opereren geven aan dat zij door de hogere grondprijzen en bouwkosten (door hogere milieueisen en lagere kwaliteit van de grond) hogere kapitaallasten kennen. We testen daarom op grootstedelijkheid, stedelijkheid en de combinatie van beide. Geen van de testen geeft significante uitkomsten. Dit geeft geen ondersteuning van de bovenstaande hypothese.

Figuur 3. Samenhang stedelijkheid en kapitaallasten



Figuur 3 illustreert de afwezigheid van samenhang tussen stedelijkheid (x-as) en de kapitaallasten per verpleegdag (y-as).

Niet alle deelnemers herkenden deze bevinding. Als verklaring geven stedelijke zorgaanbieders aan dat in plaats van hogere kapitaallasten, de kwaliteit van de gebouwen en het aantal vierkante meters lager is.

Een andere mogelijke verklaring is dat er meerdere factoren zijn die de bouwkosten en daarmee kapitaallasten beïnvloeden, waarbij deze factoren grotendeels in de invloedssfeer van de zorgaanbieder liggen (op basis van de Kwalitatieve verkenning, zie bijlage 2).

Deze redenatie is in lijn met de hoge variatie in de kapitaallasten tussen zorgaanbieders. ActiZ (2014) rapporteert bijvoorbeeld een gemiddelde van 10.9% hogere huisvestingskosten bij 12 aanbieders in grote steden, maar daarbij ook een grote spreiding. Ook in de data uit dit onderzoek zien we een grote spreiding tussen kapitaallasten. De gemiddelde kapitaallasten per verpleegdag bij grootstedelijke aanbieders was 22.99 euro met een standaardafwijking van 10.92 euro. Het gemiddelde bij niet-grootstedelijke aanbieders ligt op 24.53 euro met een standaardafwijking van 9.85 euro. Dit betekent dat er grote verschillen tussen zorgaanbieders zijn ook binnen (groot) stedelijke gebieden.

Hypothese 2b: De materiele kosten per (voor zorgzwaarte gecorrigeerde) verpleegdag is hoger bij (groot)stedelijke aanbieders.

Voor de volledigheid testen we ook of er structurele verschillen zijn in de materiële kosten die samenhangen met grootstedelijkheid, stedelijkheid en de combinatie van beide. We vonden geen significante relaties.

Hypothese 2c: De personeelskosten per (voor zorgzwaarte gecorrigeerde) verpleegdag zijn hoger in (groot)stedelijke gebieden en/of lage ses wijken.

Zorgaanbieders geven aan dat het in (groot)stedelijke gebieden en lage ses wijken hoger verzuim is en moeilijker is om voldoende deskundig personeel te vinden. Zij geven aan dat bijvoorbeeld de concurrentie van (academische) ziekenhuizen het moeilijk maakt om voldoende deskundig personeel aan te trekken. Hierdoor verwachten we enerzijds hogere personeelskosten, als gevolg van een hoger aandeel inhuur van personeel. Anderzijds verwachten we lagere personeelskosten als gevolg van lagere deskundigheid/minder personeel. Het totale effect op de personeelskosten is daarmee onzeker. We testen op (groot)stedelijkheid en de ses-indicatoren, en combinaties daarvan. We vonden geen significante relaties.

Conclusie

De resultaten van paragraaf 3.1 geven geen aanwijzingen voor kostenverschillen die samenhangen met de omgeving van de zorgaanbieder. Zowel bij de totale kosten als voor deelkosten vonden we namelijk geen significante relaties met de onderzochte omgevingsfactoren.

Deze resultaten liggen in lijn met de verwachting dat zorgaanbieders voor de bewoners met dezelfde zorgzwaarte ongeveer gelijke opbrengsten hebben, en dat zij uit oogpunt van duurzame bedrijfsvoering de kosten in balans houden met de opbrengsten. In 3.2 zijn hypothesen geformuleerd over de verwachte samenhang met onderliggende kenmerken zoals verzuim, aandeel PNIL en cliënttevredenheid. De gedachte is dat omgevingsfactoren met deze kenmerken samenhangen.



3.2 Analyses op verzuim, aandeel PNIL en cliënttevredenheid

Hypothese 3: Er is meer verzuim in (groot)stedelijke gebieden en/of lage ses wijken.

Aanbieders geven aan in (groot)stedelijke gebieden en lage ses wijken gemiddeld meer verzuim voorkomt. Volgens de aanbieders heeft dit meerdere oorzaken. Ten eerste ervaren de medewerkers van deze locaties vaker gezondheidsproblemen of problemen thuis. Ten tweede ervaren zij een hogere werkdruk, doordat de bewoners van deze locaties ook vaak uit meer kwetsbare omgeving komen en daardoor zwaardere zorg nodig hebben. Tot slot valt personeel vaker uit door de hoge werkdruk die het resultaat is van de schaarste op de arbeidsmarkt.

Anderzijds geven aanbieders aan dat er wel degelijk reisbereidheid onder medewerkers is, zeker als de arbeidsvoorwaarden verschillen. Daarnaast benoemen zij dat verzuim zeer beïnvloedbaar is door het beleid van de zorgaanbieder zelf, bijvoorbeeld door verzuimbepurende maatregelen te nemen. Een aanvullende hypothese is hierdoor dat het verzuim in grote organisaties hoger ligt doordat grote organisaties minder goed in staat zijn om dit soort maatregelen te treffen.

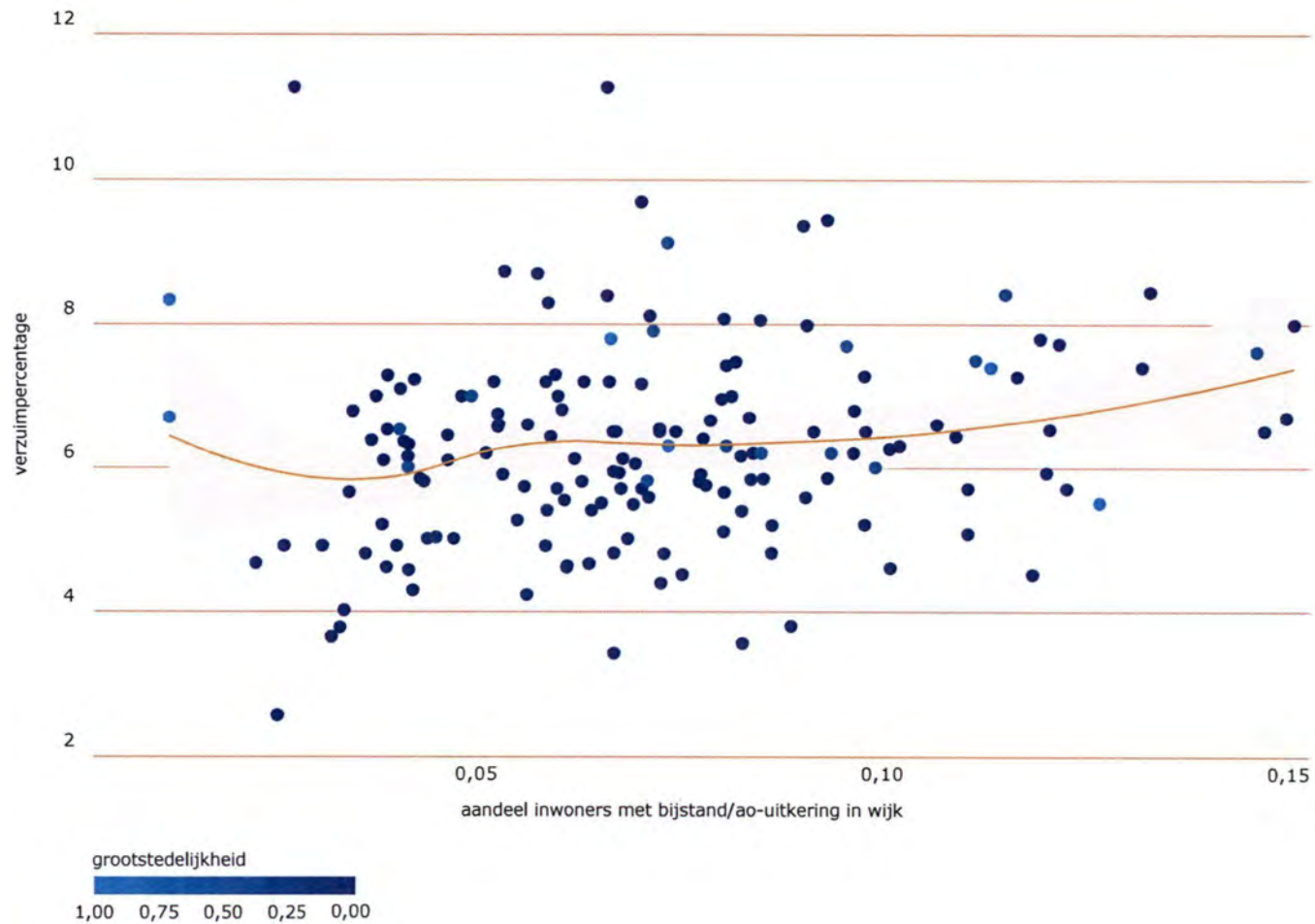
We onderzoeken daarom de relatie met grootstedelijkheid, stedelijkheid, de twee ses-indicatoren en combinaties van deze. We vinden significante relatie tussen verzuim en zowel grootstedelijkheid als de ses-indicator AVI. Tegelijkertijd verklaren deze factoren slechts een klein deel van het verzuim (verklarende kracht van het model is 6%). Dit sluit aan bij het argument dat verzuim ook met andere factoren samenhangt, bijvoorbeeld met verzuimbepurende maatregelen. We

onderzoeken daarnaast de relatie met de grootte van de organisatie (gemeten als het aantal werknemers) als een aanvullende factor. Hieruit volgt geen significante relatie.

Figuur 4 illustreert de samenhang tussen de ses (x-as), grootstedelijkheid (kleur) en het verzuimpercentage (y-as).



Figuur 4. Samenhang grootstedelijkheid, wijk en verzuim



Hypothese 4: Het aandeel personeel niet in loondienst (PNIL) is hoger in (groot)stedelijke gebieden en lage ses wijken.

Door het hogere verzuim in (groot)stedelijke gebieden en lage ses wijken (hypothese 3) geven zorgaanbieders aan dat ze meer personeel niet in loondienst (PNIL) hebben. Daarnaast geven aanbieders aan dat de arbeidsmarktproblematiek een hoger aandeel PNIL veroorzaakt in de (grote) steden. Zij geven aan dat bijvoorbeeld de concurrentie van (academische) ziekenhuizen het moeilijk maakt om voldoende deskundig personeel aan te trekken.

We onderzoeken daarom de relatie met grootstedelijkheid, stedelijkheid, de twee ses indicatoren en combinaties van deze. Het aandeel PNIL berekenen we als de ratio van de VOV-PNIL kosten ten opzichte van de totale personeelskosten. We vinden significante relatie tussen een hoger aandeel PNIL en grootstedelijkheid. We zien geen aanwijzing voor een hoger aandeel PNIL in lage ses wijken.

Hypothese 5: De cliënttevredenheid is lager in (groot) stedelijke en in lage ses wijken.

Zorgaanbieders geven aan dat als gevolg van hoger verzuim, inhuur van personeel en lagere kwaliteit van de gebouwen, cliënten lagere kwaliteit van zorg ervaren in de (grote) steden en in lage ses wijken. We onderzoeken daarom de relatie tussen de omgevingsfactoren (stedelijkheid, grootstedelijkheid, beide ses indicatoren en combinaties) en de score op Zorgkaart Nederland. Deze score geeft de *ervaren kwaliteit van zorg* aan, zie hiervoor ook de beschrijving van de indicator in [hoofdstuk 2](#).

We vinden een significante relatie tussen grootstedelijkheid en de score op Zorgkaart Nederland. Deelnemers geven aan dat deze bevinding niet hoeft te zeggen dat de kwaliteit ook slechter is in grote steden omdat de gerapporteerde kwaliteit-score ook kan samenhangen met bijvoorbeeld verschillen in verwachtingen of cultuur in een regio.

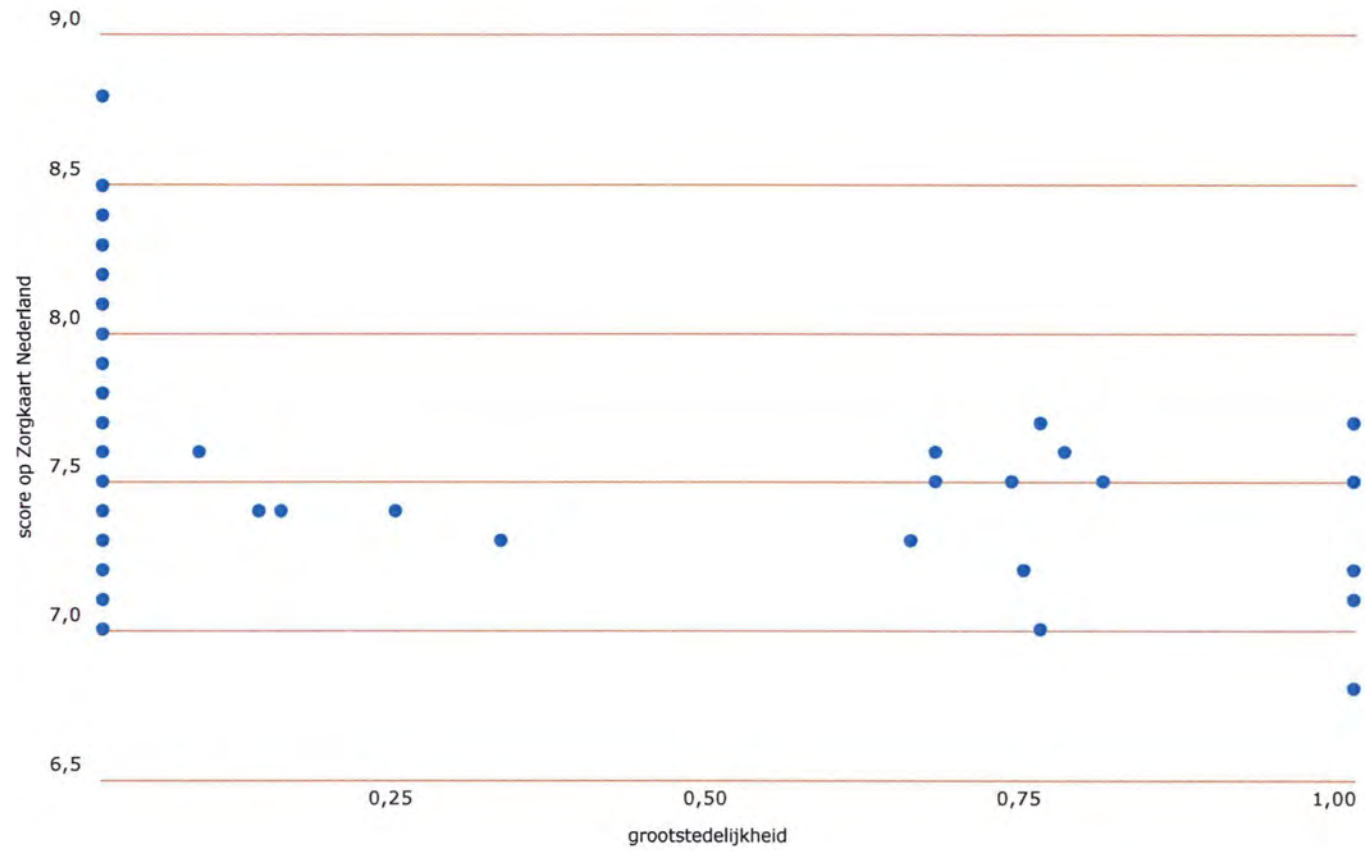
Figuur 5 illustreert de samenhang tussen grootstedelijkheid (x-as) en de score op Zorgkaart Nederland (y-as).

Conclusie

We zien kleine maar significante relaties met de in dit deel onderzochte variabelen. De score op Zorgkaart Nederland en aandeel PNIL hangen samen met grootstedelijkheid. Het verzuimcijfer hangt niet alleen samen met grootstedelijkheid maar ook met de sociaal economische status van de omgeving (gemeten door de indicator AVI). Deze bevindingen komen overeen met indicaties uit eerder onderzoek door ActiZ (2014). In dit onderzoek vinden zij ook een hoger aandeel inhuur, hoger verzuim en lagere cliënttevredenheid bij zorgaanbieders van verpleeghuiszorg in de grote steden.



Figuur 5. Samenhang grootstedelijkheid en CT-score



3.3 Analyses op deskundigheidsniveau en fte-cliëntratio

Hypothese 6: deskundigheidsniveau

Bij het deskundigheidsniveau kijken we zowel naar verschillen in mix (hypothese 6A) en tarief (hypothese 6B).

Hypothese 6A: Lagere deskundigheidsmix in (groot)stedelijke gebieden

Zorgaanbieders geven aan dat het in (groot)stedelijke gebieden moeilijker is om de hogere deskundigheidsniveaus aan te trekken. We onderzoeken daarom de hypothese of het aandeel hoge deskundigheid (VOV 3-5) samenhangt met (groot)stedelijkheid.

We zien significante (negatieve) samenhang tussen het aandeel hoge deskundigheid en grootstedelijkheid. Dit ondersteunt de hypothese. Deze bevinding sluit aan bij de verwachtingen van de deelnemers.

Figuur 6 laat zien het gemiddelde aandeel hoge deskundigheid (VOV 3-5, op de y-as) afgezet tegen grootstedelijkheid (x-as). Het is te zien dat sommige aanbieders een volledige bezetting van hoge deskundigheid hebben (gemiddeld aandeel binnen concern = 1). Deelnemers geven aan dat dit zeker wel bij sommige aanbieders kan voorkomen. Geen van de grootstedelijke aanbieders heeft een dergelijke bezetting.

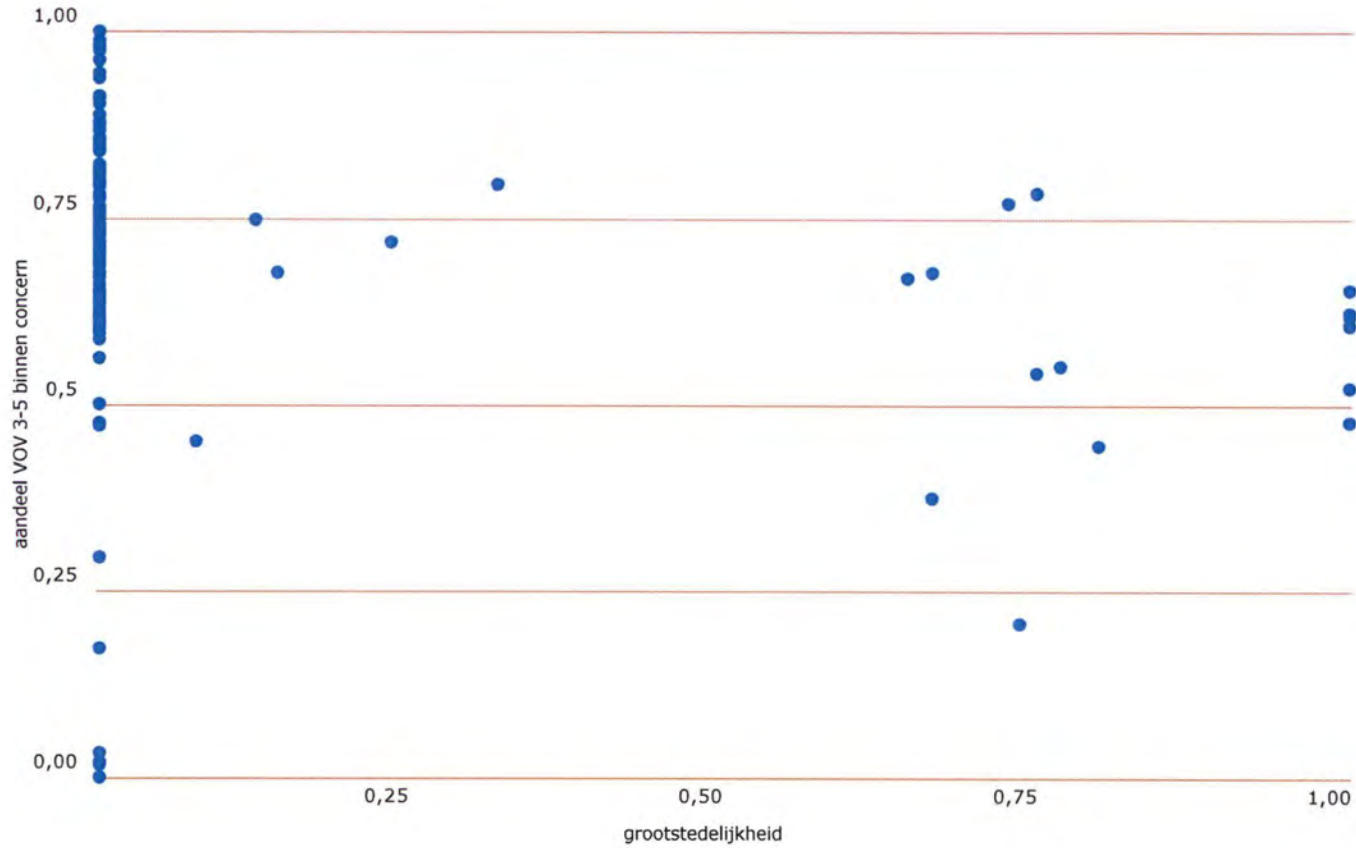
Hypothese 6B: Hoger uurtarief per deskundigheidsniveau in groot(stedelijke) gebieden

Zorgaanbieders geven aan dat ze zien dat in sommige gebieden hogere salarissen worden betaald om aan voldoende deskundig personeel te komen. We onderzoeken daarom voor ieder VOV deskundigheidsniveau of het gemiddelde uurtarief samenhangt met (groot)stedelijkheid. In de analyse vinden we geen significante verbanden (behalve in één multivariate regressie over VOV-1. Omdat VOV-1 bij de meeste organisaties een zeer kleine groep is, zien we dit niet als sterke aanwijzing voor structurele verschillen). Deze bevinding sluit niet geheel aan met de verwachting bij zorgaanbieders. Een mogelijke verklaring voor de afwezigheid van een relatie kan zijn dat er verschillen tussen grote steden zijn: bijvoorbeeld dat niet alle grote steden tariefverschillen kennen.

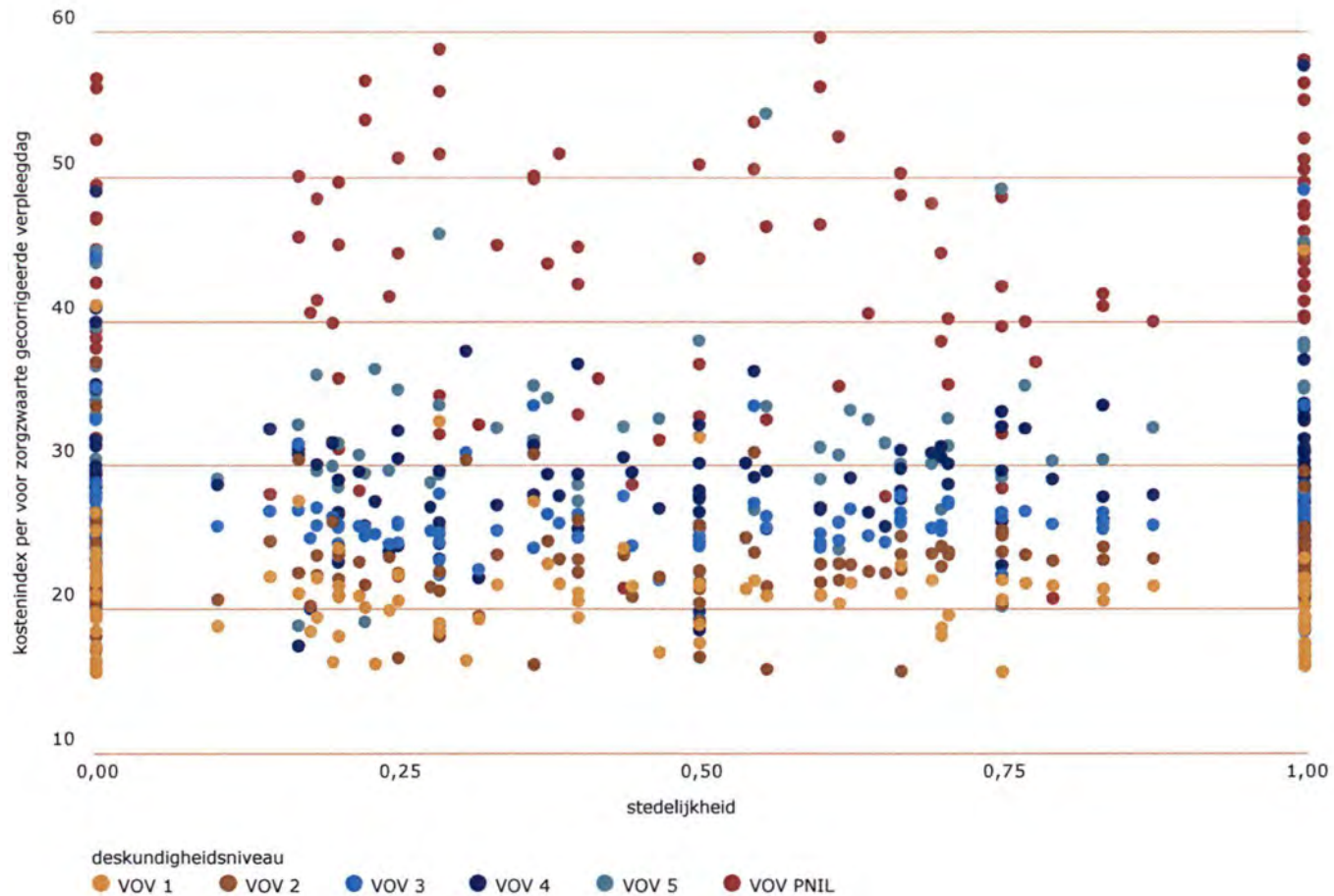
Figuur 7 geeft voor alle concerns per deskundigheidsniveau (kleur) het gemiddeld uurtarief (y-as) weer, afgezet tegen stedelijkheid (x-as). Er is geen samenhang zichtbaar tussen de gemiddelde uurtarieven en de stedelijkheid. De verschillen in uurtarieven tussen deskundigheidsniveaus zijn wel duidelijk zichtbaar, met de hoogste uurtarieven (vaak boven de 40 euro) voor personeel niet in loondienst.



Figuur 6. Verdeling deskundigheidsniveaus



Figuur 7. Gemiddelde uurtarieven per deskundigheidsniveau



Hypothese 7: Fte cliëntratio is lager in (groot)stedelijke gebieden en lage ses wijken

Zorgaanbieders geven aan dat door arbeidsmarktproblemen en het verzuim minder zorgpersoneel per bewoner op de vloer aanwezig is in (grote) steden en lage ses wijken. Voor deze hypothese is het belangrijk om te weten hoeveel personeel op de werkvloer bij de cliënt aanwezig is. Dit kunnen we echter op basis van de data nog niet goed doen omdat we nog geen gezamenlijke methode hebben om vast stellen welk personeel hier precies onder valt. Deze laatste hypothese kunnen we in vervolgonderzoek opnemen.

Conclusie

We zien wel samenhang tussen deskundigheidsmix en grootstedelijkheid maar niet tussen uurtarieven per deskundigheidsniveau en grootstedelijkheid. We vinden geen samenhang met stedelijkheid. Deze bevindingen worden niet helemaal herkend door de deelnemers, zij verwachten bijvoorbeeld al wel verschillen in uurtarieven in de stad Amsterdam. Deze hypothese kunnen we in vervolgonderzoek opnemen, samen met bijvoorbeeld een meerjarige monitoring van deze uurtarieven. Dit geldt ook voor de laatste hypothese over fte-clientratio.

3.4 Samenvatting bevindingen

We zijn tot de volgende bevindingen gekomen:

1. Wij hebben geen samenhang gevonden tussen (groot) stedelijkheid en de totale kosten die aanbieders maken per (voor zorgzwaarte gecorrigeerde) verpleegdag. We zien ook geen significante verschillen in deelkosten: kapitaallasten, personeels- of materiële kosten. Deze resultaten liggen in lijn met de verwachting dat zorgaanbieders voor bewoners met dezelfde zorgzwaarte ongeveer gelijke inkomsten ontvangen, en dat zij uit oogpunt van duurzame bedrijfsvoering de kosten in balans houden met de opbrengsten.
2. Er is wel een kleine maar significante samenhang tussen omgevingsfactoren en andere kenmerken:
 - grootstedelijkheid en sociaaleconomische status van de wijk hangen samen met verzuim;
 - grootstedelijkheid hangt samen met het aandeel Personeel Niet in Loondienst, de score op zorgkaart Nederland en deskundigheidsmix.Dit komt overeen met indicaties uit eerder onderzoek door ActiZ.
3. Grootstedelijkheid en sociaal economische status verklaren een relatief klein deel van de variatie in deze onderzochte variabelen, wat aangeeft dat naast de onderzochte factoren ook andere factoren belangrijk zijn in het verklaren van de variatie.



4. Vertaling naar bekostiging



4 Vertaling naar bekostiging

In deze paragraaf schetsen we een technische mogelijkheid voor vertaling van de resultaten naar bekostiging. De beleidsafwegingen en implementatiemogelijkheden liggen buiten de scope van dit onderzoek.

Technisch gezien kan het verwachte (voorspelbare) effect van de omgevingsfactoren grootstedelijkheid en sociaal economische status kan in principe op aanbieder niveau worden gecompenseerd. Bijvoorbeeld door voor iedere aanbieder het verwachte verzuimpercentage aan de hand van deze omgevingsfactoren te voorspellen en dan bij aanbieders met een hoger voorspeld verzuim dan landelijk gemiddeld, het verschil tegen personeelskosten te compenseren. Er wordt daarmee dus niet gecompenseerd voor het daadwerkelijke maar het verwachte verzuimcijfer van de zorgaanbieder. Hierdoor blijven zorgaanbieders ook een financieel belang houden om het verzuimpercentage in de organisatie te verlagen.

Figuur 8 laat zien hoe een dergelijke compensatie zich vertaalt voor de concern die meegenomen zijn in dit onderzoek. Op de horizontale as zijn zorgaanbieders gerangschikt naar compensatie, op de verticale as is de compensatie ten opzichte van de totale kosten weergegeven.

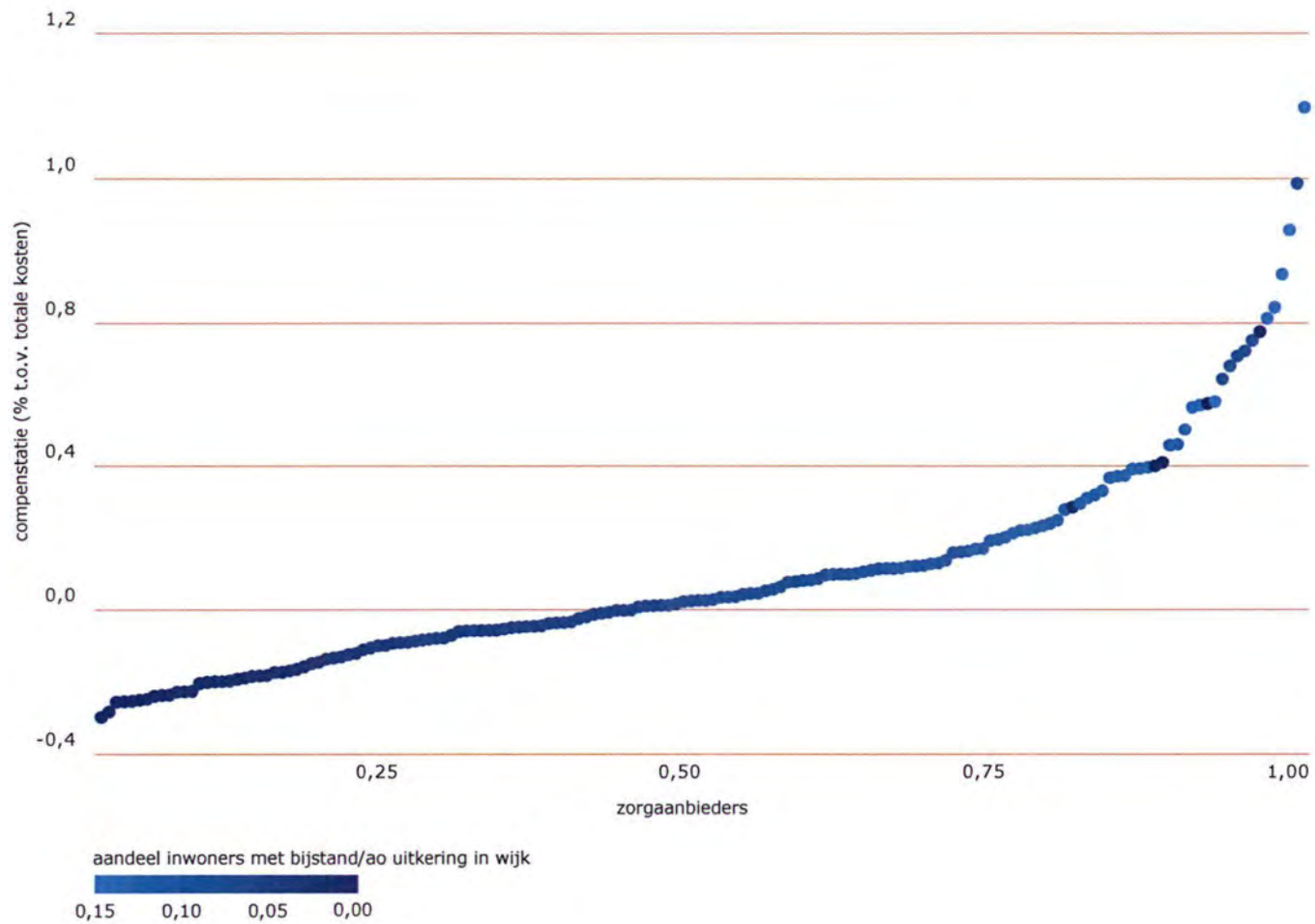
Omdat grootstedelijkheid en sociaal economische status een relatief klein deel van het verzuim verklaren, is deze compensatie ook beperkt (op basis van de gebruikte dataset is de maximale compensatie 1% van tarief). Een dergelijke compensatie op meerdere kenmerken (zoals bijvoorbeeld zowel voorspeld PNIL en voorspeld verzuim tegelijk) zal waarschijnlijk

voor overcompensatie zorgen (hoger aandeel PNIL kan namelijk goed het gevolg van verzuim kan zijn).

Een oplossing hiervoor is een integrale analyse van zorgaanbieders die meerdere kenmerken van zorgaanbieders gelijktijdig vergelijkt. Deze methode hebben we met de deelnemers verkend en kunnen we in vervolgonderzoek voortzetten. Hierbij is het noodzakelijk om samen met de sector een robuust model en toegespitste data te ontwikkelen.



Figuur 8. Compensatie geschat verzuim



5. Ervaringen van deelnemers

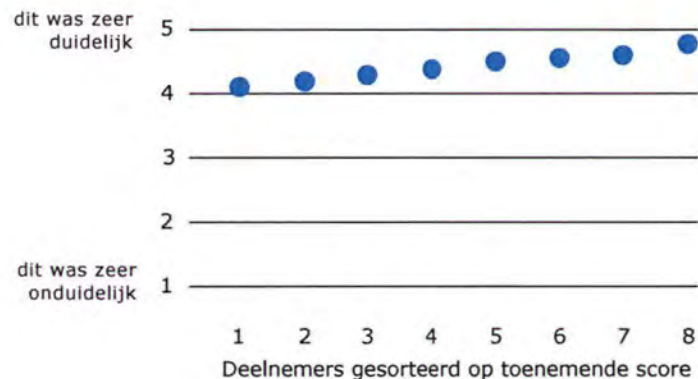


5 Ervaringen van deelnemers

Tijdens de laatste bijeenkomst hebben we de acht aanwezigen gevraagd naar de ervaringen van met de onderzoeksopzet. Dit hebben wij gedaan door vijf vragen aan hen voor te leggen. Naast deze vragen hebben wij aanbieders de ruimte gegeven om extra opmerkingen te plaatsen bij de vragen. Hieronder presenteren wij per vraag de resultaten. Aanbieders geven in het algemeen aan dat zij dit proces als positief en leerzaam ervaren.

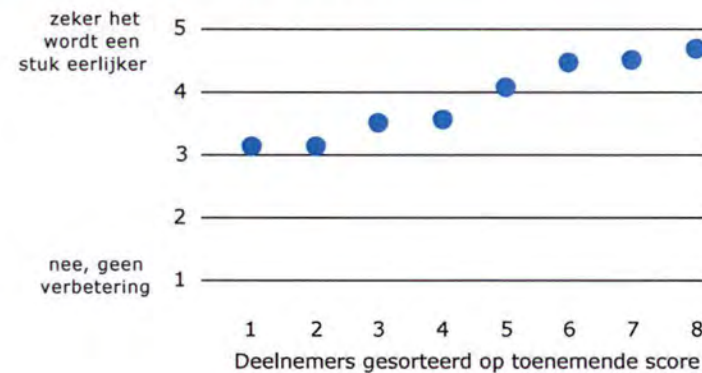
Figuur 9 laat zien dat het volgens de aanbieders duidelijk was wat het onderzoek inhield en hoe de uitkomsten kunnen bijdragen aan de bekostiging.

Figuur 9. Was het voor jullie duidelijk wat het onderzoek inhield en hoe de uitkomsten kunnen bijdragen aan de bekostiging?



Figuur 10 laat zien dat dit proces volgens de aanbieders ook bijdraagt aan een eerlijkere bekostiging. Aanbieders geven daarnaast middels de geplaatste opmerkingen aan dat zij zich gehoord hebben gevoeld in dit proces.

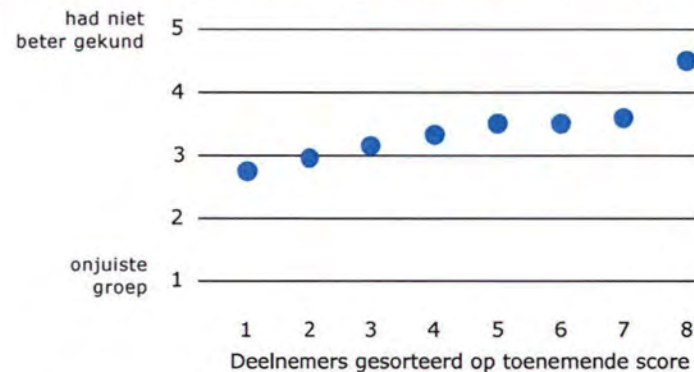
Figuur 10. Hebben jullie het idee dat met dit proces de inbreng vanuit de markt een betere plek krijgt en daardoor de bekostiging eerlijker wordt?



Vraag drie gaat over de samenstelling van de groep. Uit figuur 11 komt naar voren dat aanbieders vinden dat de samenstelling van de groep verbeterd kan worden. Uit de geplaatste opmerkingen bij deze vraag blijkt dat volgens de aanbieders de afvaardiging van niet-stedelijke aanbieders sterker had gemogen.

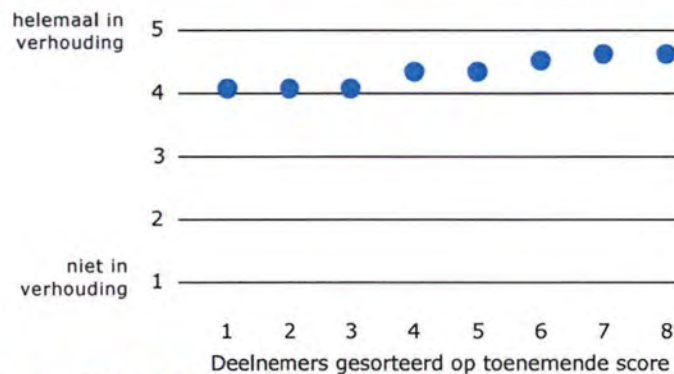


Figuur 11. Hebben jullie dit als de juiste groep ervaren om de discussie mee te voeren? (grootte/achtergrond/spreiding aanwezig, mogelijkheid tot gebalanceerde discussie).



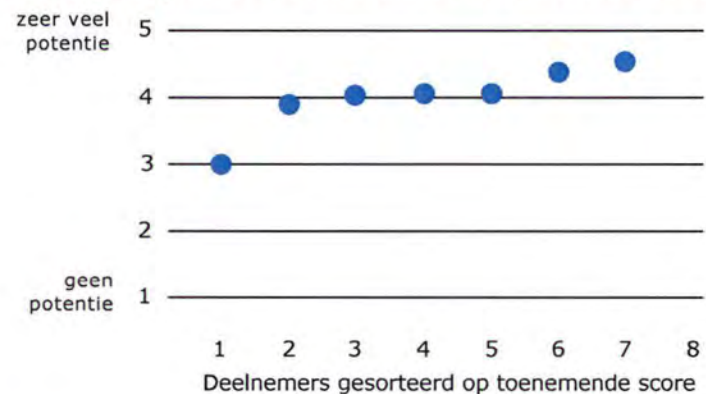
De vierde vraag gaat over de inspanningen en voordelen van deelname aan het onderzoek. Uit figuur 12 kunnen wij opmaken dat de aanbieders vinden dat de voordelen en de belasting van deelname aan dit onderzoek zeer goed in balans zijn.

Figuur 12. Zijn de voordelen en de belasting volgens jullie met elkaar in verhouding? Zouden wij daar iets aan kunnen verbeteren?



Tijdens het proces hebben we meerdere keren een via de individuele rapporten een terugkoppeling gegeven op de verzamelde data. Figuur 13 laat zien dat aanbieders potentie zien in deze manier van informatie delen.

Figuur 13. Vonden jullie de individuele terugkoppeling nuttig en zien jullie potentie in deze manier van informatie delen?



Samenvatting ervaringen

Deelnemers gaven aan dat zij het proces als positief en leerzaam hebben ervaren en ze onderschrijven dat dit proces kan bijdragen aan een eerlijker bekostiging. De voordelen en de belasting van deelname aan dit onderzoek noemden zij zeer goed in balans. Als verbeterpunt geven de deelnemers aan dat de samenstelling van de groep verbeterd kan worden door meer niet-stedelijke aanbieders te betrekken.



6. Conclusie en vervolg



6 Conclusie en vervolg

Wij hebben onderzocht of er op een objectieve manier structurele niet-beïnvloedbare kostenverschillen tussen aanbieders vast te stellen zijn. We vinden aanwijzingen dat er niet beïnvloedbare verschillen tussen zorgaanbieders zijn. Niet in (deel)kosten maar wel in andere kenmerken, namelijk bij verzuim, aandeel PNIL, score op Zorgkaart Nederland en deskundigheidsmix. Dit is in lijn met de stelling van sommige zorgaanbieders dat het in bepaalde regio's moeilijker is om tegen dezelfde tarieven goede verpleeghuiszorg te leveren.

Voor de inhoudelijke ondersteuning in dit onderzoek hebben we samengewerkt met een groep van elf zorgaanbieders. De ervaringen van deelnemers waren over het algemeen positief. Als verbeterpunt geven ze de groepssamenstelling.

Voor de analyses hebben data gebruikt uit het kostenonderzoek langdurige zorg, CBS en Zorgkaart Nederland. De combinatie van de onderzoeksopzet en de beschikbare data bepaalden de scope van het onderzoek. Zo konden we met deze data nog geen meerjarige analyses doen of alle kenmerken op locatieniveau meten. De bevindingen sluiten echter grotendeels aan bij het beeld van de deelnemers en bij resultaten van ander onderzoek.

Vervolg

We hebben een technische mogelijkheid geschetst om uitkomsten te vertalen naar een bekostiging. De beleidsafwegingen en implementatiemogelijkheden lagen buiten de scope van dit onderzoek en worden in een vervolgtraject opgepakt.

Daarnaast kan het onderzoek op meerdere punten worden voortgezet:

Ten eerste kunnen we verdiepend onderzoek doen op gevolgen van de omgevingsfactoren (groot)stedelijkheid en sociaal economische status van de wijk. Bijvoorbeeld door meer inzicht te geven op kapitaallasten, het deskundigheidstarief en cliënt-fte ratio. Zie hiervoor [hoofdstuk 3](#) (hypothesen 2A, 6B en 7).

Als tweede kunnen we verder kijken naar andere omgevingsfactoren die in de discussies zijn genoemd, zoals bijvoorbeeld vergrijzing of loonbeslag. Het achterliggende idee bij vergrijzing is dat de bevolkingsopbouw effect heeft op het personeelsbestand: in vergrijzde gebieden is het moeilijker om jongeren bij de organisatie aan het werk te krijgen en dat heeft weer invloed op de salariskosten en het verzuim. Het achterliggende idee bij loonbeslag is dat een personeelsbestand met relatief veel loonbeslagen samenhangt met hoger verzuim en hogere personeelskosten.

Tot slot kunnen we de samenhang tussen omgevingsfactoren en combinaties van kenmerken analyseren door zorgaanbieders integraal te vergelijken.

Een vervolgonderzoek kan met eenzelfde soort proces. Bij meerjarige en meer toegespitste data zullen de inzichten steeds beter worden. Wij pleiten daarom voor voortzetting van dit onderzoek.



7. Referenties



7 Referenties

Actiz. (2014). Samen op weg – grote steden: Inzichten vanuit de benchmark in de zorg 2014. Utrecht: Actiz.

Centraal Planbureau (2015). De economie van de stad. Den Haag: CPB

Francke, M., Harleman, F., & Kosterman, W. (2016). Huurprijzen NVM: Onderzoek naar prijsbepalende factoren. Nieuwegein: NVM.

Glaeser, E. L. (2010). Agglomeration Economics. Chicago: The University of Chicago Press.

Groot, H. de, Marlet, G., Teulings, C., & Vermeulen, W. (2010). Stad en land. Den Haag: CPB.

Hendriks, Y., de Wit, M., & van Bergen, A. (2016). De mogelijke rol van grootstedelijke factoren in de vraag naar en kosten voor Beschermd Wonen en de Maatschappelijke Opvang. GGD Amsterdam.

KPMG (2017) Gebruikersinstructie kostenonderzoek langdurige zorg 2016

NZa (2018) KPMG Kostenonderzoek langdurige zorg

Zorginstituut Nederland (2015) Verantwoording Verzekerenraming 2016





Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Postadres
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

Bezoekadres
Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Telefoon: 030 - 296 81 11
Website: www.nza.nl
Twitter: @zorgautoriteit

Informatielijn
Telefoon: 088 - 770 8 770
(bereikbaar tussen 09.00-17.00 uur - lokaal tarief)
E-mail: info@nza.nl

Vormgeving
Taloot

